

**UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
UAM**



***“Prevalencia de las Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el
Hospital Bautista Enero 2011 a Julio 2012”***

AUTORAS:

Bra. María Adilia González Mejía

Bra. Blanca Angélica Montiel Carballo

TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL GRADO DE:

“DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA”

TUTOR:

Dr. Pedro Silva Cerna
Especialista en Gineco- Obstetricia

Dr. Julio Piura López
Asesor Metodológico

MANAGUA, NICARAGUA. NOVIEMBRE 2012

Agradecimiento

Agradezco a Dios principalmente por haber guiado mi camino y llevarme a concluir mis estudios universitarios. A mis padres, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, porque gracias a ellos hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Por lo que valen, porque los admiro y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos que son mis amigos incondicionales y con quienes comparto mis gozos.

A mis docentes que compartieron sus conocimientos y me formaron, principalmente al Dr. Pedro Silva y al Dr. Rogerio Urbina por su paciencia y tiempo dedicado.

A mis pacientes, de los cuales aprendo día a día, y me permiten crecer como profesional y persona.

María Adilia González Mejía

A Dios por haberme dado la vida, por estar a mi lado en todo momento y por todas las bendiciones que me ha dado y sigo recibiendo, por los padres que me dio, que con todo esfuerzo iniciaron el camino de mi preparación.

A mi Padre por su apoyo incondicional, por su ejemplo, por sus consejos, por ser el pilar de mi vida.

A mi Madre por su apoyo, consejos y por todo su amor que he recibido desde que me trajo al mundo.

A mi esposo por todo su amor, apoyo y comprensión.

A mi hija por ser el ser que me motiva y alienta día a día.

A mis docentes por su dedicación y por brindarme sus conocimientos y experiencias.

Al Dr. Pedro Silva, por su paciencia y consejos que ayudaron a la realización de esta investigación.

Agradecimiento especial al Dr. Rogerio Urbina por su tiempo, dedicación y consejos para la realización de este que es ahora un gran trabajo.

Blanca Angélica Montiel Carballo

OPINION DEL TUTOR

Los sangrados de la segunda mitad son unas de las complicaciones obstétricas más temidas en el embarazo, que representa aproximadamente 1% o más del total de embarazos, que pueden llegar a ser mortales.

El presente estudio investigativo nos llama a la reflexión, ya que los resultados reflejan que de 28 pacientes estudiadas, la anemia, C.I.D., shock hipovolémico, útero de couvelaire y el síndrome de hellp, fueron las complicaciones maternas encontradas, en cuanto a las complicaciones fetales se encontró el óbito fetal en un 25%, todo ello nos obliga a tener una vigilancia mas estricta de las pacientes por factores de riesgo alto y poder minimizar estos resultados.

Felicito a las autoras por el esfuerzo realizado y espero que este trabajo sirva de base para nuevos estudios sobre las complicaciones obstétricas.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	5
II. ANTECEDENTES.....	6
III. JUSTIFICACION.....	8
IV. PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	9
V. OBJETIVOS	10
VI. MARCO TEORICO.....	11
VII. MATERIAL Y METODO.....	36
VIII. RESULTADOS.....	44
IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	50
X. CONCLUSIONES.....	58
XI. RECOMENDACIONES.....	59
XII. BIBLIOGRAFIA.....	60
XIII. ANEXOS.....	63

I. INTRODUCCION

El sangrado puede llegar a constituir uno de los procesos más graves que afectan a la mujer en el estado de gravidez. La cantidad de sangre que puede perder sin alterar su estado hemodinámico es variable, depende de su estado físico y de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto establecer cuando una hemorragia requiere intervención activa estará determinado no sólo por la evaluación del sangrado sino que de la paciente en su conjunto. Cada año aumentan las muertes maternas y perinatales por esta causa. ⁽¹⁾

El Hospital Bautista es un Ministerio de la Convención Bautista de Nicaragua, que provee servicios médicos de calidad, con calor humano, amor cristiano y en tiempo oportuno para garantizar el máximo nivel de salud física y espiritual a todos los pacientes nacionales y extranjeros.

En 1995 el Hospital Bautista dio apertura a la Empresa Médica Previsional, iniciando con 8,000 pacientes asegurados, los cuales se han venido incrementando en el transcurso de los años hasta llegar para el año 2012 a un total de 26,800 asegurados activos. ⁽²⁾

Durante los 80 años de existencia el Hospital Bautista ha recorrido una larga trayectoria en la provisión de servicios de salud a la población nicaragüense y extranjera. La calidad de atención de los servicios médicos brindados toma cada vez más importancia, pero la eficacia de la atención no está basada solamente en la práctica médica en sí, sino también en la interrelación médico-paciente que ha sido siempre parte integral de la medicina y que quizá sea el elemento fundamental. Por lo que precisamos realizar un estudio para saber cuál es la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el período comprendido de Enero 2010 a Julio 2012?

II. ANTECEDENTES

A pesar de ser un motivo frecuente de ingresos en el Hospital Bautista, no se cuenta con estudios previos acerca de la Prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, por lo cual los resultados del presente estudio podrán servir como línea de base para evaluar el impacto de prevenciones futuras.

Las hemorragias al igual que las infecciones y el síndrome hipertensivo gestacional son las principales causas de muerte materna directa.⁽¹⁾

Hace aproximadamente 25 años entre el 5 y el 10% de todas las embarazadas presentaba una hemorragia durante la segunda mitad del embarazo, entre el 2 y el 3% correspondían a hemorragias placentarias: la Placenta previa y el Desprendimiento Prematuro de Placenta. El resto, representado por causas no placentarias como: cervicitis, pólipos, carcinoma de cuello, varices vulvovaginales, infecciones del tracto genital inferior y las discrasias sanguíneas.⁽³⁾

A medida que los servicios de salud han sido más accesibles y ha aumentado el nivel intelectual en las personas, para el 2006 solo un 2- 4% presentaban hemorragias durante la segunda mitad del embarazo.⁽¹⁾ Por tanto se puede establecer la proporción de 1 de cada 200- 300 embarazos; dicha frecuencia es mayor en las multíparas y mujeres de más de 35 años.⁽⁷⁾

Cabe enfatizar que una hemorragia inicialmente escasa y aparentemente no peligrosa se puede transformar en escasos minutos tanto por un tacto vaginal como por una exploración por espéculo, en una copiosa hemorragia que al margen del riesgo fetal obligue a finalizar urgentemente la gestación.⁽⁴⁾

Globalmente un 50% de ellas tiene un origen en la placenta, un 10% en procesos benignos o malignos del cuello uterino, vagina o vulva (hemorragia de origen no placentario) y en el 10% restante no llegará a aclararse su etiología. El sangrado producido en la segunda mitad del embarazo es causante de importante morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna; en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú compromete entre el 9 al 15% de todas las gestantes.⁽⁴⁾ En nuestro país constituye el 52% de las muertes maternas por causa obstétricas directas.⁽¹⁾

En el manejo se requiere con frecuencia transfusiones de sangre y hemoderivados, así como realizar procedimientos quirúrgicos, incluyendo la histerectomía de emergencia.⁽⁷⁾

El desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI) es una patología que pertenece al grupo de las hemorragias del tercer trimestre del embarazo. Se produce en un rango de 0.52 a 1.29% de los nacimientos según un estudio realizado en Perú en el período comprendido de 1990 – 1995. De acuerdo a este estudio la incidencia aproximada del DPPNI es 1/300 embarazos. Durante este período ocurrieron 133 casos de DPPNI con una incidencia de 0.77, la edad más frecuente varió entre 20 y 30 años (57.2%), y casi el 50% eran embarazos a término.

La rotura uterina es una de las complicaciones obstétricas más graves, debido a su elevada morbi mortalidad materna y fetal. La mortalidad materna es cerca de un 5% y la mortalidad perinatal de un 10 a un 50%, según la rapidez de instauración del cuadro y el lugar donde se produzca. Es más frecuente ante la presencia de una cicatriz uterina previa, con una incidencia de 0.5% a 0.8%, cuando se intenta un parto vaginal después de una cesárea. Según un estudio realizado en el Hospital Universitario La Paz, Madrid España, por el servicio de Ginecología y Obstetricia en el período comprendido entre 1999 y 2002, al atender 35,323 partos, 2.207 pacientes con cesárea previa, la frecuencia de rotura uterina fue de 0.05% del total (18 RU), ascendieron a un 0.49% en mujeres con cesárea anterior. ⁽³⁹⁾

La primera cesárea abdominal por placenta previa se realizó en 1892, extendiéndose rápidamente su uso; el tratamiento conservador hasta la viabilidad fetal fue introducido por Johnson en 1945, y el uso de los ultrasonidos para el diagnóstico de la localización de la placenta en 1966, por Gottesfeld.

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior del útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque también puede suceder en la última parte del primer trimestre. En Caracas, en el período comprendido de 1988 – 1992 se realizó un estudio en el que se presentaron 19,854 nacimientos, de los cuales en 150 se confirmó el diagnóstico de placenta previa, lo muestra una incidencia de 0.76%, representando una PP por cada 132 nacimientos. ^(8,11)

III. JUSTIFICACIÓN

Un motivo frecuente de ingreso en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bautista es la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, ya que es una condición patológica en el periodo de la gestación. Es importante identificar aquellas pacientes con alto riesgo obstétrico, para lograr la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de este tipo de complicaciones y así mejorar la atención de la salud materna, con la finalidad de disminuir la tasa de mortalidad en la etapa reproductiva de la mujer.

Es importante destacar que sobre este aspecto no se cuenta con estudios previos en dicho Hospital por lo que constituye una primera aproximación a esta problemática.

Los resultados del presente estudio servirán de base para mejorar la calidad de atención brindada así como implementar medidas en atención primaria y así evitar las complicaciones materno-fetales.

Por tanto se hace una descripción de los factores asociados y la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, aportando a los contenidos docentes que están dirigidos al personal en formación en dicho hospital.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo son un motivo frecuente de consulta, y precisan de un diagnóstico oportuno para disminuir las probabilidades de que se presente una complicación que puede ser fatal por tanto precisamos conocer ¿Cuál es la prevalencia de las Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes ingresadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bautista en el período comprendido de Enero 2010 a Julio de 2012?

V. OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir la Prevalencia de las Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en pacientes ingresadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bautista en el período comprendido de Enero 2010 a Julio 2012.

Objetivos específicos:

1. Describir las principales características socio demográficas de las pacientes hospitalizadas en el periodo de estudio con hemorragias de la segunda mitad del embarazo.
2. Determinar los antecedentes Gineco- obstétricos y factores de riesgo en las pacientes en estudio.
3. Determinar la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo de las pacientes en estudio.
4. Describir las complicaciones obstétricas y fetales por hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

VI. MARCO TEÓRICO

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo se considera al sangrado vaginal acompañado o no de dolor en una gestante con más de 22 semanas de gestación.

Placenta Previa

Se define como la implantación de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente por hemorragias de intensidad variable. ⁽⁷⁾

Constituyendo la placenta previa una de las gestorragias frecuentes en la segunda mitad de la gestación, motivó un estudio en el Hospital Docente Gineco-obstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", durante los años 1995-1996 a las pacientes ingresadas en la referida institución y que se les diagnosticó una placenta previa; diagnosticada por métodos clínicos y auxiliares diagnósticos. La muestra estuvo constituida por un total de 6 398 partos, 20 de los cuales fueron clasificados como placentas previas, para una incidencia de 0,31 %. ⁽¹⁰⁾

La placentación ocurre normalmente en las zonas altas de la cavidad endometrial, donde la irrigación vascular es ideal para el desarrollo ulterior de la unidad feto-materna, que representa la placenta, encargada de múltiples funciones durante la vida fetal, relacionadas directamente con la respiración, el transporte de oxígeno y de nutrientes a los tejidos fetales, y la regulación del metabolismo fetal, así como con la excreción de los desechos de la función celular fetal.

Cuando la placenta se implanta en las porciones bajas del cuerpo uterino se considera como una inserción baja placentaria; para el diagnóstico de una placenta previa se establece la localización placentaria en relación con el cuello uterino, específicamente, con el orificio cervical interno. Con el avance del embarazo esta relación puede modificarse debido a la formación del segmento inferior. Se han identificado en edades gestacionales tempranas, placentas previas completas, que en el segundo trimestre han "emigrado", y permitido posteriormente el parto transvaginal sin riesgo obstétrico alguno. Por esta razón, las placentas previas deben ser cuidadosamente exploradas durante la segunda mitad del embarazo, y, si mantienen definitivamente su localización en el segmento inferior, se debe hacer en esta etapa de la gestación el diagnóstico de certeza de esta anomalía placentaria, lo cual obliga al equipo de salud, fundamentalmente a perinatólogos y neonatólogos, a realizar una vigilancia obstétrica más estrecha de estos casos. ⁽⁵⁾

La etiología se basa en tres argumentos: ⁽¹⁾

- ✓ Deficiente capacidad de fijación del trofoblasto, con la subsecuente implantación del huevo en la parte baja del útero.
Si la aparición de la capacidad de fijación del trofoblasto es precoz, el huevo puede implantarse en la trompa y dar origen al embarazo tubario; si es normal se fijara en las zonas superior o media del útero; pero si es tardía la anidación solo

se realizara en las zonas bajas. Si fuera más tardía aun, el huevo fecundado no anida y sale al exterior como un aborto.

- ✓ Capacidad de fijación disminuida por parte del endometrio, debido a procesos infecciosos. En este caso la placenta se extendería hacia el segmento inferior en busca de mejores zonas para la implantación.
- ✓ Vascularización defectuosa posterior a procedimientos quirúrgicos como cesáreas y legrados con el subsecuente desplazamiento de la placenta hacia el segmento inferior del útero.

Factores de riesgo asociados: ⁽¹⁾

- Edad materna avanzada
- Multiparidad
- Período intergenésico corto
- Malformaciones uterinas
- Tabaquismo
- Antecedentes de cesárea

Existe una clasificación en cuanto a la inserción placentaria: ⁽¹¹⁾

1. Placenta de inserción baja: es cuando el borde de la placenta se encuentra a menos de 10 cm del orificio cervical interno (OCI) sin llegar a este.
2. Placenta previa marginal: es cuando el borde de la placenta llega al borde del OCI pero no lo cubre.
3. Placenta previa oclusiva parcial: es cuando el borde de la placenta cubre parcialmente el borde del OCI.
4. Placenta previa oclusiva Total: es cuando la placenta cubre todo el OCI.

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

- a) Endometrio: de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menos vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Debido a lo anterior el trofoblasto puede invadir decidua, pared uterina (más delgada) y aún órganos vecinos (acretismo placentario). La inserción placentaria en el segmento inferior permite que actúe como tumor previo.
- b) Musculatura: menos fibras musculares en relación al segmento superior y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia si hay desprendimiento parcial de placenta y por supuesto, durante el alumbramiento.
- c) Membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de Ruptura Prematura de Membranas.
- d) Cordón: por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón, lo que va acompañado frecuentemente con vasa previa.

En cuanto a las manifestaciones clínicas encontramos el síntoma principal que es el sangrado que suele aparecer en reposo y desaparecer espontáneamente, sus características son que es intermitente, rojo rutilante, sin coágulos, se presenta posterior a relaciones sexuales, el primer episodio suele ser escaso y los posteriores más profusos. ⁽¹⁾

El mecanismo de producción de la hemorragia reside, durante el embarazo, en la formación del segmento inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta, dada la distinta extensibilidad de los tejidos, por lo que se produce un desprendimiento con numerosas roturas vasculares interuteroplacentarias, origen de la hemorragia, y durante el parto, por un mecanismo análogo de desprendimiento al iniciarse la dilatación y cierto tironeamiento de las membranas al formarse la bolsa. La metrorragia proviene de los vasos parietales y de la superficie placentaria desprendida. ⁽⁷⁾

Encontramos también manifestaciones hemodinámicas como taquicardia e hipotensión por la pérdida sanguínea, ausencia de dolor abdominal, el tono uterino puede ser normal o relajado, la frecuencia cardíaca fetal es variable en dependencia de la magnitud del sangrado, usualmente el feto se encuentra en presentación libre o en posiciones viciosas. ⁽¹⁾

El diagnóstico diferencial se hace con el Desprendimiento de la placenta y la Rotura uterina, aunque debemos descartar también otras posibles causas de hemorragia vaginal, como son cervicitis, pólipos endocervicales, traumatismos, neoplasias y várices de vulva o vagina.

Independientemente de las semanas de gestación se debe mantener a la paciente en reposo absoluto, iniciar el esquema de maduración pulmonar, no realizar tactos vaginales, hidratar a la paciente, valorar la administración de hemoderivados, mantener un monitoreo de Frecuencia Cardíaca Fetal, así como los signos vitales maternos, realizar un ultrasonido y perfil biofísico semanal durante su estancia intrahospitalaria.

Se debe evitar un nacimiento pretérmino extendiendo el embarazo sin poner en riesgo la vida tanto materna como fetal y se debe interrumpir a las 37 semanas de gestación, la vía de nacimiento dependerá si se trata de una placenta de inserción baja o placenta previa marginal, con dilatación cervical ≥ 8 cm, pelvis adecuada y no sangrado vaginal profuso entonces puede ser vaginal, de lo contrario se interrumpe el embarazo por medio de operación cesárea. ⁽⁷⁾

Cabe destacar que si el sangrado no cede, se trata como una emergencia obstétrica y se debe interrumpir el embarazo por medio de operación cesárea. Además, es preferible hacer una cesárea cuando el sangrado transvaginal es poco, que hacerlo en condiciones de sangrado abundante y cuando ya existe compromiso materno y fetal. ⁽¹⁾

Si después de extraída la placenta hay sangrado del lecho placentario, se sutura siempre debajo del sitio de sangrado; si este persiste se asocia a atonía uterina, evaluar la posibilidad de realizar histerectomía. ⁽⁷⁾

Manejo: ⁽¹⁾

- Dieta normal y reposo absoluto en cama.
- Evitar el nacimiento pretérmino procurando extender la duración del embarazo sin poner en riesgo la vida del feto y de la madre.
- Canalice dos venas con bránula 316 a fin de administrar líquidos para hidratar y considerar la administración de expansores del plasma o sangre según necesidad.
- Vigilar signos vitales según intensidad del sangrado y de la posibilidad de descompensación.
- Transfusión sanguínea, de preferencia con sangre total o paquete globular si existen signos de inestabilidad hemodinámica a pesar del manejo con cristaloides.
- Vigilar la vitalidad del producto con un monitor fetal.
- Realizar ultrasonido y perfil biofísico semanal.
- Inducir madurez pulmonar fetal desde 24 hasta las 34 semanas completas de gestación. Aplique esquema de maduración pulmonar: Dexametazona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.
- Mantener disponible sangre para su administración en caso de ser necesario, realizar previamente pruebas cruzadas.
- Controlar de Hematocrito y Hemoglobina cada 8 horas según la intensidad del sangrado.
- Precisar la magnitud del sangrado según la ropa manchada, el peso de la misma y de los apósitos o toallas sanitarias utilizadas.
- No realizar examen vaginal a menos que se hayan hecho los preparativos para una cesárea inmediata.
- Interrumpir el embarazo a las 37 semanas de gestación.
- Mantener condiciones para interrumpir embarazo en caso de urgencia.
- Si se trata de placenta de inserción baja o previa marginal, hay dilatación cervical avanzada y las condiciones obstétricas lo permiten esperar nacimiento vía vaginal.
- Si el sangrado no cede interrumpir el embarazo por medio de operación cesárea de urgencia y se trata como una emergencia obstétrica:

Independiente de la edad gestacional: con trabajo de parto, sangrado leve, moderado o severo, con o sin compromiso fetal:

Si la placenta es baja o marginal y existe dilatación cervical avanzada, realizar amniotomía y esperar nacimiento vía vaginal.

Si la placenta es baja o marginal y el cuello uterino no es favorable para el trabajo de parto y existe o no sangrado, practicar cesárea.

Si la placenta previa es total, practicar cesárea.

A continuación se enumeran las complicaciones que pueden presentarse:

Maternas

1. Anemia aguda
2. Síndrome de Sheehan: Este fallo de muy baja frecuencia es provocado por una hemorragia grave del parto o el post parto inmediato. Se caracteriza por una insuficiencia de la antero hipófisis, de grado variable, según la extensión de la necrosis aséptica de la glándula, provocada por la isquemia o una tromboembolia de la arteriola que la irriga y determinada por un grave colapso circulatorio pos hemorrágico donde tiene más valor patogénico el shock que la hemorragia. ⁽⁷⁾
3. Shock hipovolémico: debido a la pérdida sanguínea importante.
4. Muerte materna como consecuencia de un shock hipovolémico.

Fetales

1. Restricción del crecimiento intrauterino
2. Nacimiento prematuro en caso de una placenta previa sangrante.
3. Muerte perinatal por una disminución en las reservas fetales.

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.

Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previo al nacimiento del feto. ⁽⁷⁾

Se inicia con la hemorragia de los vasos maternos y en ocasiones, también están comprometidos los fetales, esto trae como consecuencia la formación de un hematoma de localización retroplacentaria. ⁽³⁾

La incidencia es de aproximadamente 1% de los partos, aunque ha ido aumentando en las últimas décadas. El 50% ocurre en embarazos con síndrome hipertensivo gestacional, existe un riesgo de recurrencia que va desde 5.5 hasta 30 veces. La tasa de mortalidad perinatal es entre un 20 y un 35%, dependiendo de la severidad del cuadro y de la edad gestacional y determinados básicamente por la prematuridad y la hipoxia. En un estudio de cohorte de población de US de 7, 508,655 embarazos se encontró una

mortalidad perinatal de 119 por 1000 nacimientos entre embarazos complicados por abruptio, comparado con 8,2 por 1000 en otros nacimientos.

Actualmente la mortalidad materna es infrecuente, pero la morbilidad es común y puede ser severa. Casi todas las complicaciones maternas graves del DPPNI son consecuencia de la hipovolemia, y de la patología de base asociada al DPPNI.

Etiología.

La gran mayoría es multi causal y plantean la posibilidad de un mecanismo isquémico a nivel decidual como factor involucrado, asociado con patologías variadas. De estas la más común es la Enfermedad Hipertensiva asociada al Embarazo, con la cual se presentan los casos de DPPNI más graves.

Causas directas: Constituyen entre el 1% y 5% de todas las causas y especialmente se refieren a:

Trauma directo (accidentes de tránsito, caídas violentas, etc.), disminución súbita del volumen uterino como puede suceder después de una pérdida rápida y abundante de líquido amniótico o el parto del primer gemelo, o un cordón umbilical anormalmente corto, lo cual puede ocurrir usualmente durante el parto.

Factores predisponentes

- Historia previa de Abruptio de placenta: meta-análisis demostraron que después del primer episodio, había una recurrencia del 10 al 17%, y después de 2 episodios la incidencia de recurrencia era mayor del 20%.
- Hipertensión: durante el embarazo se asocia con una incidencia del 2,5% al 17% (sin embargo se ha visto que más del 50% de los casos de Abruptio de placenta severos asociados con muerte fetal tenían como antecedente una hipertensión asociada al embarazo).
- Aumento de la edad materna así como multiparidad.
- Sobre distensión uterina por embarazo gemelar, múltiples, o polihidramnios.
- Diabetes Mellitus en la embarazada es más frecuente que se asocie con DPPNI.
- Consumo de cigarrillos, drogas y alcohol, hay suficiente evidencia de la asociación de consumo de tabaco, droga y.
- Ruptura prematura de membranas prolongada
- Trombofilias y especialmente aquellas con resistencia a proteína C actividad y mutaciones del factor V de Leiden han mostrado mayor prevalencia.
- Algunas veces asociado a Fibromas retroplacentarios así como a trauma de ciertos procedimientos como la Amniocentesis.

Se reconoce que hay unos casos no asociados con lo anterior expuesto, por lo que se le acuña como Idiopáticos y probablemente se relacionen con problemas vasculares de la decidua o de los vasos uterinos terminales. ⁽¹³⁾

Fisiopatología⁽⁷⁾

La hipertensión es la causa de todos los procesos que se producen en el desprendimiento, como un fenómeno primitivo, aunque la misma podría aparecer secundaria agravando el cuadro.

En el desprendimiento existe un aumento del tono y de la presión intramiometrial. El miometrio comprime los vasos que lo atraviesan, colapsando las venas, cuya presión es superior a la intramuscular. La sangre que sigue entrando al útero halla dificultades para salir. La presión sanguínea en los capilares, en las venas y en los lagos sanguíneos del útero asciende hasta alcanzar altos valores. Este proceso acarrea la rotura de los vasos capilares y venosos y de los lagos sanguíneos, origen del hematoma y del desprendimiento. A ello contribuirían también la anoxia y el hecho de que la presión sanguínea intrauterina es siempre superior a la presión del líquido amniótico, lo que facilita aun más el estallido de los vasos.

Por otra parte, la compresión de los vasos, al reducir el flujo sanguíneo es causa también de anoxia y ésta, a nivel del útero, produce a su vez: 1) aumento de la permeabilidad de las paredes de los capilares, origen de los edemas y hemorragias, factores que colaboran al desarrollo del hematoma retroplacentario, el cual al producirse en el espesor del miometrio, sería la causa del infarto miometrial; 2) alteraciones degenerativas en las fibras del miometrio; 3) dolor en el útero, y 4) anoxia fetal.

En pocas palabras, luego de la formación del hematoma subplacentario, la hemorragia puede:

- Limitarse a los márgenes de la placenta, por lo que la hemorragia es invisible.
- Desprender las membranas y salir a través de la vagina, produciendo una hemorragia visible.
- Invadir la cavidad amniótica.
- Infiltrarse entre las fibras musculares uterinas, dando lugar al útero de Couvelaire.
-

El útero de Couvelaire se produce por la infiltración del miometrio por la sangre retroplacentaria, es un útero blando, de color púrpura con equimosis que dislaceran las fibras musculares, peritoneo petequiado y puede haber extravasación de sangre a la cavidad peritoneal. Tiene capacidad contráctil disminuida originando metrorragia en el posparto. El tratamiento no siempre es la histerectomía, la mayoría de las veces se recupera, debe reservarse cuando no responde a dosis máximas de oxitocina. Si existe coagulopatía debe intentarse primero la ligadura de las hipogástricas antes de decidirse por la histerectomía.⁽¹⁴⁾

Existen tres grados de desprendimiento basado en el volumen sanguíneo:

- Grado I: Desprendimiento <30%, sangrado leve (150ml), signos vitales normales, sin repercusión perinatal, diagnóstico posparto.
- Grado II: Desprendimiento de 30-50%, sangrado moderado (150-500ml), signos vitales alterados y con datos de sufrimiento fetal agudo.
- Grado III: Desprendimiento >50%, sangrado severo (>500ml), estado de choque y muerte fetal.

SINTOMATOLOGIA SEGÚN GRADO DE ABRUPTIO PLACENTAE

SÍNTOMA	GRADO I	GRADO II	GRADO III
Metrorragia	Ligera (puede faltar)	Más intensa	Intensa
Tono uterino	Normal (algunas zonas pueden tener leve hipertono)	Hipertono	Tétanos uterino
Shock	No	Ligero	Grave
SFA	Raro o ligero	Grave	Muerte fetal
Coagulación	Normal	Coagulopatía compensada	Coagulopatía frecuente
Aspecto del útero	Pequeñas sufusiones hemorrágicas	Entre I y II	Generalmente útero de Couvelaire
Inspección de la placenta	Menos del 30% desprendida	Desprendida entre el 30 y el 50%	Desprendida entre el 50 y 100%

Fuente: Hemorragias en ginecología y obstetricia, Prof. Dra. M. Alejandra Elizalde Cremonte Ortiz.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, durante el curso de un embarazo normal o frecuentemente con preclampsia, el proceso comienza de manera brusca, esta iniciación puede acompañarse o no de hemorragia externa. ⁽⁷⁾

A. Si existe hemorragia externa, esta adquiere caracteres especiales que la identifican: es un tanto tardía pues la sangre proveniente del hematoma interuteroplacentario ha debido labrarse un camino despegando las membranas de la pared del útero; es poco abundante, de color negruzco; se acompaña de coágulos provenientes del hematoma y es de carácter intermitente.

B. Cuando no hay hemorragia externa o aun con ella, el cuadro se complementa con otra serie de signos:

1. La iniciación del proceso se acompaña de dolor agudo, de intensidad creciente, con su máxima localización en el sitio de asiento del desprendimiento. El útero crece debido a la acumulación de sangre en su interior, y su pared aumenta también considerablemente su consistencia y tensión, hasta adquirir a la palpación el carácter clásico del útero leñoso, salvo en el sitio de asiento de la placenta y del desprendimiento, donde suele existir cierta blandura. La hipertensión causa sensibilidad a la presión por la tensión del peritoneo, a la par que explica que las partes fetales son difícilmente palpables.
2. El cuadro de fondo de la mujer es el sangrado y el shock.
3. Si el desprendimiento es importante (más de la mitad de la superficie placentaria) el feto sufre anoxia y muere como consecuencia lógica.
4. El tacto vaginal revela que las membranas están muy tensas. Se ha podido comprobar que durante la contracción del útero el tacto vaginal revela que la bolsa de las aguas esta abombada.

Por la historia de sangrado el diagnóstico diferencial se realiza principalmente con placenta previa y rotura uterina, y por el dolor abdominal con pielonefritis, rotura de bazo en caso de traumatismos y colecistitis aguda. ⁽¹⁾

Características diferenciales entre las principales causas de hemorragias de la segunda mitad

	Útero		Características de hemorragia interna	Feto	Ecografía
	Dolor	Tono			
Placenta Previa	No	Normal	Abundante Reiterativa Rutilante Sin coágulos	Generalmente vivo	Inserción baja de placenta
Desprendimiento prematuro de placenta	Si	Generalmente elevado, _ veces aumento brusco de la altura uterina	Escasa Única Oscura Con coágulos	Habitualmente muerto	Inserción normal de placenta, Hematoma retroplacentario
Rotura Uterina	Si	Elevado	Sangre oscura, escasa cantidad Si o No	Generalmente vivo	

Fuente: Normas del Minsa 2006

Tratamiento

En el tratamiento de este proceso cabe destacar que la hemorragia no se detiene mientras que no se evacue el útero, lo que significa la urgente necesidad de extraer al feto. No obstante previamente es conveniente reponer la sangre perdida y consolidar el estado general alterado por la anemia y el shock.

Parto vaginal con feto muerto y buen estado general materno: se debe practicar en forma sistemática la rotura precoz de la bolsa de aguas, para abreviar la duración del parto. Si este no hubiera comenzado se puede intentar su inducción con oxitocina. En mujeres con muerte fetal y cuello inmaduro puede recurrirse a la administración de Misoprostol.

Operación cesárea se realiza: si la paciente se agrava, si el feto está vivo o si fracasa la inducción o si el parto se prolonga y muy especialmente en casos más graves en que se sospecha de apoplejía uterina, ya que además de evacuar el útero con rapidez también puede decidir si se conservara o no. Para establecer con precisión el estado de la fibra uterina, con objetivo de saber si es necesario o no realizar la histerectomía se aconseja la inyección con oxitocina por vía endovenosa, que provoca una contracción cuando el estado de integridad anatomofuncional del miometrio esta mantenido (Prueba de la oxitocina). ⁽⁷⁾

Manejo según cantidad del sangrado ⁽¹⁾

Sangrado leve:

1. En embarazo menor de 34 semanas sin modificaciones cervicales iniciar maduración pulmonar y continuar el embarazo.
2. En embarazo mayor de 34 semanas:
 - a. Trabajo de parto irregular, las contracciones uterinas no son útiles, existe dilatación cervical avanzada ($\geq 8\text{cm}$), feto vivo o muerto.

Realizar amniotomía en todos los casos: si el líquido amniótico es de color vinoso pensar en un grado importante de desprendimiento de la placenta y en la necesidad de una cesárea urgente.

Monitoreo de dilatación cervical y evolución del trabajo de parto.

Espere un trabajo de parto rápido.

Preparar sangre

Conduzca el trabajo de parto si se considera necesario, valorando en forma individualizada cada paciente, para ello administre 500 ml de solución salina normal al 0.9% iv.+2 UI de oxitocina iv a 2 mili unidades por minuto, modifique cada 30 minutos según respuesta.

Recuerde que la respuesta puede ser predecible y el riesgo de hipertensión y rotura uterina es mayor, sobre todo en multíparas.

- b. Trabajo de parto efectivo, con dilatación cervical avanzada ($\geq 8\text{cm}$) feto vivo o muerto.

Practicar amniotomía en todos los casos

Espere un trabajo de parto rápido

En los siguientes casos realice operación cesárea de inmediato: ⁽¹⁾

- c. Trabajo de parto detenido, sin dilatación cervical, feto vivo o muerto.
 - d. Cérvix uterino desfavorable para el trabajo de parto.
 - e. Conducción del trabajo de parto fallida
 - f. Existencia de signos de compromiso de bienestar fetal: disminución de los movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal mayor de 180 o menor de 100 latidos por minuto.

- g. Agravamiento del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera: aumento del dolor, sangrado genital activo, agravamiento del estado de shock o peligro de muerte fetal.

Sangrado moderado a severo:

1. En embarazo menor de 34 semanas con trabajo de parto avanzado (dilatación ≥ 8 cm) en III o IV plano de Hodge: estimule nacimiento vía vaginal, en caso contrario practicar cesárea.
2. Embarazo mayor de 34 semanas con trabajo de parto avanzado, presentación cefálica, de vértice y en tercero o cuarto plano: estimule el nacimiento, no realizar presión abdominal (Kristeller). Si por condiciones obstétricas el nacimiento vía vaginal no es inminente practicar operación cesárea de inmediato.

Complicaciones del DPPNI:

Maternas

1. Shock hipovolémico
2. Anemia Aguda
3. Insuficiencia renal: Es una complicación grave; La isquemia, el choque hipovolémico, el espasmo y taponamiento de los vasos por coágulos provocan una necrosis cortical bilateral o una nefrosis (del nefrón inferior). ⁽³⁾
4. Muerte materna
5. Coagulación intravascular diseminada: es una coagulopatía de consumo causada por una disfunción endotelial, que consume los componentes de la cascada de la coagulación y las plaquetas. Al agotarse los factores de la coagulación es frecuente ver episodios hemorrágicos significativos. La CID evoluciona repentinamente y tiene un curso grave. ⁽¹¹⁾
Es una complicación grave pero infrecuente (13% de los casos; 30% si hay óbito fetal) limitada a los casos de desprendimiento masivo, en general asociado con muerte fetal.
El paso de tromboplastina a la circulación desde la zona de desinserción, forzado por la hipertonía uterina y facilitada por la alteración de la pared, y el consumo aumentado en el hematoma retro placentario, inducen la coagulopatía y la posterior acelerada fibrinólisis.
Hay hipofibrinogenemia <150 mg/dl, aumento de los productos de degradación de la fibrina, disminución de los factores de la coagulación. Se resuelve con la extracción del feto y alumbramiento. La hemorragia oculta trágicamente lleva en ocasiones a un diagnóstico tardío, asociándose a formas graves de DPPNI. ⁽¹⁴⁾
6. Síndrome de Sheehan
7. Útero de Couvelaire: Es la metrorragia que se presenta en el alumbramiento secundaria a la alteración del músculo uterino por infiltración hemática, y al agotamiento de éste derivado de la contractura mantenida. La inercia conduce

rápidamente a la anemia aguda. La mortalidad es variable, entre 0.5 al 5% y su tratamiento adecuado la ha disminuido. ⁽¹³⁾

Fetales

1. Prematurez
2. Sufrimiento fetal
3. Muerte perinatal

Rotura uterina

La ruptura uterina es un evento amenazador para la vida, una grave complicación obstétrica que puede ocurrir durante el embarazo o en el trabajo de parto incluyendo el periodo expulsivo.

Este evento se define como la solución de continuidad de la pared uterina, pudiendo ser completa cuando involucra toda la pared dando lugar a una conexión directa entre el espacio peritoneal y la cavidad uterina e incompleta cuando una capa de peritoneo visceral o ligamento ancho queda cubriendo la superficie uterina. Esta patología en la mayoría de los casos se debe a debilidad de la pared uterina en el sitio de la cicatriz de cesárea anterior, por lo que este tipo de pacientes presenta un incremento en el riesgo de desarrollar una ruptura uterina más aun si son sometidas a prueba de parto, partos instrumentales o inducciones excesivas con oxitócicos o prostaglandinas. ⁽¹⁵⁾

En cuanto a los factores de riesgo asociados se encuentran: ⁽⁷⁾

- Multiparidad
- Desproporción cefalopélvica
- Hipoplasia uterina
- Malformaciones uterinas
- Cicatrices secundarias a procedimientos quirúrgicos
- Procesos inflamatorios del útero
- Trauma externos como accidente automovilístico, herida por bala o arma blanca
- Inductoconducción

Para clasificar el tipo de rotura:

- Total: es cuando la solución de continuidad abarca las tres capas.
- Parcial: es cuando abarca algunas capas del útero pero el peritoneo permanece íntegro.

Estas roturas del cuerpo uterino pueden complicarse y abarcar más allá del segmento afectando la vejiga, el recto, la vagina o el ligamento ancho.

Síntomas de Amenaza de Rotura Uterina.

- Dolor: a nivel del segmento inferior del útero, presente durante y después de la contracción uterina, se acentúa con la palpación suave.

- Elevación del Anillo de Retracción de Bandl: se eleva por encima de su límite en el parto normal (mitad de la distancia entre el pubis y el ombligo), de tal manera que cuando se acerca al ombligo hay amenaza de rotura, mientras que si se encuentra a su altura ya la rotura es inminente.
- Aumento creciente de la actividad contráctil del útero: existe un aumento de la dinámica, habiendo acortamiento del tiempo entre cada contracción, pudiendo llegar al tétano uterino.
- Edematización y cianosis del cuello: con aumento de su friabilidad, por la compresión permanente determinada por la presentación, que se extiende más adelante a la región vulvovaginal.
- Hemorragia externa de sangre oscura, de escasa cantidad. Éste síntoma puede estar presente o no.
- Alteraciones del estado emotivo: la paciente se encuentra inquieta, agitada, angustiada, a veces con taquicardia y fiebre, pero NO HAY aún signos de anemia o shock

Síntomas de Rotura Consumada

- Cese de la Actividad contráctil: esto es repentino, en contraste con la situación anterior. Si la rotura es pequeña o incompleta, la dinámica puede ceder gradualmente.
- Dolor agudo, y de gran intensidad, punzante, que se produce en el momento de la rotura, localizado en todo el abdomen, se irradia al hombro. Aunque también puede ser espontáneo e intenso a la presión en la región que corresponde a la cicatriz de una cesárea anterior.
- Percepción de partes fetales: si el feto ha pasado al abdomen, se palpa muy fácil y superficialmente.
- El útero se palpa como un tumor duro: a un costado, del tamaño de un puño.
- Tenesmo urinario: pronunciado, puede haber presencia de hematuria, bien sea porque la vejiga se halla complicada en la rotura, o por simples desgarros de la mucosa.
- La presentación: si no ha pasado a la cavidad abdominal, se percibe alta y móvil.
- Tacto: se puede tactar la rotura con el dedo que explora; rotura que si es completa, permite a la mano llegar a la cavidad abdominal.
- Hemorragia: la intensidad de la misma no suele explicar los síntomas del shock que se observan. Va a depender del calibre de los vasos sanguíneos, y su taponamiento por la parte fetal presentada, la placenta o las asas intestinales.
- Shock: se produce no sólo por la hemorragia, sino también por la perforación de la víscera en la cavidad peritoneal; es anunciado por: taquicardia, hipotensión, palidez, polipnea, abatimiento y enfriamiento.

Todos los signos precedentes se desvían un tanto en el cuadro de la rotura incompleta. En él, siguen dominando los síntomas de hemorragia. El feto se encuentra en el útero. El tacto descubre la rotura, y los dedos que tactan están separados de la masa intestinal solamente por una tenue membrana peritoneal.

El diagnóstico diferencial al igual que las entidades anteriores se debe descartar a la especuloscopia causas de sangrado vaginal como cervicitis, neoplasias, pólipos endocervicales, várices de vulva o vagina y traumatismos; una vez que hay certeza de ausencia de las mismas se sospecha de placenta previa y desprendimiento de placenta, así como apendicitis aguda, colecistitis aguda y rotura de víscera hueca, debido a los datos de irritación peritoneal que se presentan. ^(7,16)

Pronóstico:

Para la madre es muy grave. Es mucho más grave en la rotura consumada que en la inminente, en la completa que en la incompleta, en especial si se complican otros órganos y puede ser mortal como consecuencia de la hemorragia, el shock o la peritonitis. Para el feto es muy grave en la mayoría de los casos. ⁽⁷⁾

Manejo ⁽¹⁾

- Canalice dos venas con bránulas de mayor calibre, administre solución Ringer o Solución salina normal 0.9%, 1000 ml a 40-60 gotas por minuto según evaluación clínica.
- Transfundir sangre fresca total o paquete globular según sea necesario.
- Administrar oxígeno a 6-8 litros por minuto por mascarilla nasal.
- Sonda Foley #18 y vigilar diuresis (esperar más de 35 ml por hora)
- Tomar muestras de sangre para exámenes de laboratorio básicos (BHC, Tipo y Rh, glucosa, Creatinina, Nitrógeno de Urea) y exámenes especiales (Tiempo de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, Fibrinógeno, tiempo de sangría, Tiempo de coagulación)
- Informar a la paciente y familiares sobre estado, riesgos y conducta terapéutica a seguir.
- Realizar cirugía de urgencia.

En caso de Inminencia de Rotura Uterina

- Realizar operación cesárea.
- Una vez extraído el feto y la placenta valorar el estado del útero y si hay contractilidad uterina e infiltración hemática en el útero.
- Evaluar condiciones de riesgo para futuros embarazos o paridad satisfecha para practicar esterilización quirúrgica.

En caso de Rotura Uterina Consumada (parcial, total y complicada)

- Realizar laparotomía exploradora.
- Una vez extraído el feto, la placenta y las membranas ovulares valorar el estado del útero, si hay contractilidad uterina, si la rotura y los desgarros no están necróticos y es posible resecar los bordes y suturar el útero, es mejor hacerlo (esto implica menos tiempo quirúrgico y menos pérdida de sangre que en una histerectomía) y al mismo tiempo practicar esterilización quirúrgica si está indicada.

Complicaciones:

Maternas

- Shock hipovolémico
- Insuficiencia renal
- Anemia aguda
- Coagulación intravascular diseminada es poco frecuente, pero está asociada a los casos severos con muerte fetal. Agrava la hemorragia posparto; por lo que son necesarios el masaje uterino intenso, el uso de uterotónicos y la ligadura de arteria hipogástricas.
- Síndrome de Sheehan
- Muerte materna

Fetales

- Prematuridad
- Sufrimiento fetal agudo
- Muerte perinatal

Otras causas de Hemorragias de la segunda mitad del embarazo:

Rotura de Vasa Previa

Ocurre cuando existe inserción velamentosa del cordón, que atraviesa las membranas en el segmento inferior del útero por delante de la presentación fetal, es decir, vasos sanguíneos aberrantes procedentes de la placenta o del cordón umbilical, cruzan la entrada del canal del parto por delante de la presentación.

Es detectada tempranamente, como a las 16 semanas de gestación con el uso de ecosonografía transvaginal en combinación con Doppler color.

Se debe sospechar ante un sangrado genital que ocurre inmediatamente después de que se rompen las membranas, con un útero relajado, en presencia de sufrimiento fetal agudo que no guarda relación con la cuantía de la hemorragia. En esta situación, un monitoreo fetal con un patrón sinusoidal es muy sugerente de vasa previa. Ante la sospecha se debe analizar la sangre vaginal para certificar presencia de hemoglobina fetal mediante un test rápido. Con el diagnóstico presuntivo se debe proceder a la interrupción inmediata del embarazo por la vía más expedita.

Es una condición rara vez reportada, Ocurre en 1:3000 nacimientos, con una elevada mortalidad perinatal hasta un 95%, está relacionada a menudo con una placenta de inserción baja, una variación anatómica de la placenta (bilobulada o succenturiada), un embarazo producto de una fecundación in-vitro o embarazo múltiple. Los vasos umbilicales, que normalmente discurren desde la mitad de la placenta hacia el feto, ahora lo hacen a lo largo de las membranas antes de que se junten en el cordón umbilical y desprotegidas por la gelatina de Wharton.

Esta entidad nosológica puede no ser sospechada sino hasta que la ruptura de los vasos umbilicales sucede. Cuando es hallada antes del trabajo de parto, el producto tiene una mayor oportunidad de sobrevivir.

Debido a la relación anatómica tan cercana de estos vasos al segmento uterino inferior, la ruptura de los mismos puede ocurrir en cualquier momento, más a menudo durante la amniotomía.

Cuando se diagnostica antes al parto, los planes del tratamiento pueden incluir lo siguiente: el uso de tocolíticos para detener toda actividad uterina; reposo en cama; no relaciones sexuales, exámenes vaginales, levantamiento, uso de tirantes durante las evacuaciones (utilizar laxantes); hospitalización; monitoreo del feto; ultrasonidos regulares para monitorear el progreso de la vasa previa; determinación de la fuente del sangrado (ya sea fetal o maternal); tratamiento con esteroides para desarrollar la madurez de los pulmones fetales; y, lo más importante, una operación cesárea con suficiente tiempo por delante para evitar una emergencia, pero lo suficientemente tarde para evitar las complicaciones de un bebé prematuro. Cuando no se diagnostica anterior al parto, debe planearse, o esperarse, una resucitación agresiva completa con transfusión de sangre para el infante, en caso necesario. ^(17,18)

Rotura del seno marginal (separación marginal de la placenta):

El seno marginal es un canal vellosos que se encuentra en el borde placentario, que comunica la sangre venosa del espacio intervelloso con las venas uterinas.

Es una hemorragia que ocurre por la separación del borde placentario. Usualmente es auto limitada y el embarazo prosigue a término sin consecuencias. Los casos que presentan sangrado prolongado se asocian a parto prematuro, rotura prematura de membranas e infección ovular. Comúnmente, éste es un diagnóstico de exclusión en el período ante parto y se establece retrospectivamente por la presencia de coágulos antiguos en el borde placentario. La mayoría de las veces es favorable, el sangrado se detiene con el coágulo y taponea el desgarró, el tratamiento se basa en el reposo absoluto y vigilancia de los signos vitales. ⁽¹⁸⁾

Amenaza de Parto Pretérmino

En el 60% de los partos prematuros se encuentran hallazgos histológicos de hemorragias de la decidua uterina (microdesprendimientos de la placenta). Cuando estos desprendimientos son mayores clínicamente se aprecian por pequeñas metrorragias durante el primero y segundo trimestres del embarazo. Estas hemorragias activan localmente una serie de factores que generan trombina, destrucción de la decidua y de las membranas ovulares. La trombina se une a los receptores del miometrio y estimula las contracciones uterinas. ⁽⁷⁾

Parto Pretérmino

Oscila entre el 5 y 9%, el estrés sicosocial materno produce estrés fetal con una reducción del flujo útero-placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal. El principal mediador inductor de la prematuridad

por estrés es el factor liberador de corticotrofina, este proviene principalmente del hipotálamo aunque también está localizado en las células de la placenta, amnios, corion y decidua, donde estimula la liberación de prostaglandinas, produciéndose contracciones uterinas que maduran el cuello. A su vez las prostaglandinas también estimulan el factor liberador de la hormona corticotrofica de la placenta, membranas ovulares y decidua, iniciándose un círculo de retroalimentación que desencadena el parto prematuro. ⁽⁷⁾

Inicio de Trabajo de Parto

Por el aumento del riego sanguíneo uterino, el cérvix sufre un marcado reblandecimiento, su color es violáceo y se conoce como signo de Chadwick o de Jacquemier, y hay una hipertrofia de las glándulas de la mucosa cervical, favoreciendo la producción de moco. Posteriormente se forma un tapón mucoso que protege al feto contra una invasión mecánica o bacteriana.

Al inicio del trabajo de parto, por efecto de las contracciones uterinas, se desprende el tapón

mucoso y se rompen sus vasos sanguíneos y se expulsa el tapón mucoso con sangre para constituir “la señal sanguinolenta”.

Varices Vulvovaginales

Durante el embarazo se presenta hipertrofia de los labios mayores y menores, y carúnculas prominentes. Como en el resto de los genitales, por tanto, las varices y varicosidades son frecuentes. ⁽⁷⁾

Procesos Cervicovaginales

El cérvix puede tener un padecimiento benigno donde las células encontradas en el canal cervical están por fuera, estas células son sensibles al tacto y pueden ocasionar el sangrado. Este flujo vaginal deberá ser cultivado y analizado bajo la lente del microscopio porque infecciones como la clamidia pueden ocasionar sangrado si están afectando el cérvix. ⁽¹⁹⁾

Traumatismos Genitales

Sangrado Postcoital

La hemorragia después de tener relaciones sexuales, se presenta hasta en el 10% de las mujeres sin embargo, no se ha encontrado una causa definitiva.

Es importante señalar que la oxitocina es una sustancia que se libera de la pituitaria de la madre en la última etapa del embarazo, que ayuda al parto a estimular más contracciones intensas y necesarias para expulsar al feto. La evidencia muestra que la oxitocina se libera también durante el orgasmo femenino, algunos especialistas consideran que los efectos combinados de la oxitocina u las contracciones uterinas de orgasmos intensos y prolongados pueden ser los suficientemente poderosos para empezar el parto en forma prematura.

Además la excitación sexual produce liberación de prostaglandinas endógenas que actuarían a nivel del cuello uterino, este efecto aumenta en los casos de estimulación del cérvix y por el orgasmo también se produce liberación de prostaglandinas. Ciertos autores defienden que las relaciones coitales producirían infecciones subclínicas a nivel de la bolsa que liberarían factores inflamatorios. ^(19,20)

Tumores

Los miomas tienden a aparecer durante el embarazo debido al estímulo de las hormonas placentarias, también son llamados fibromas y considerados tumores benignos por la proporción a la que pueden llegar: desde muy pequeños, aquellos ubicados a lo largo del útero o en su defecto logran agrandarse por dimensiones superiores a su espacio.

Los miomas son inofensivos de acuerdo a su ubicación y tamaño presentado. Si no supera los 3 cm, la posibilidad de riesgo sobre el feto son nulas; pero de exceder esa longitud puede derivar en un parto pretérmino, hemorragias, cesárea o el desprendimiento de la placenta.

Entre el 0,5 y el 4% de los embarazos coinciden con miomas, que suelen ser únicos pero deben ser evaluados, ya que durante la gestación los miomas suelen crecer, están sujetos a mayor número de complicaciones como hemorragias, y pueden alterar el desarrollo de la gravidez y el curso del parto. Parece que el factor hormonal placentario favorece el crecimiento de los miomas durante la gestación, pero solo ocurre en el 20% de los casos.

Durante el embarazo la conducta debe ser expectante, interviniéndose solo en caso de fuerza mayor, siempre de manera conservadora, es decir, de la forma menos invasiva posible, para no afectar a la evolución de la gestación.⁽²¹⁾

Causas Incidentales (no placentarias)

La infección de las vías urinarias que constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo, debido a que se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria.

Muchas complicaciones han sido atribuidas a la infección urinaria durante la gestación, incluyendo trabajo de parto y parto pretérmino, con una hematuria como resultado aunque es de aparición rara en el embarazo: excluida la esencial de la gravidez, no está en relación con esta, sino que se presenta como síntoma ligado a litiasis, pielonefritis o tumor. Las varices vesicales pueden dar lugar a tales hemorragias, que se pueden confundir con las gravídicas.

Según un estudio realizado en Septiembre del 2010 en el Hospital Universitario de Puebla se encontró una prevalencia en embarazadas de 1.78% la cual es relativamente baja de acuerdo con la literatura encontrada, y el grupo de edad más vulnerable es el de 20-24 años, contrario a lo que refiere la literatura: que a mayor edad mayor predisposición a una IVU, que se atribuyen al estado socioeconómico bajo y malos hábitos higiénicos.^(7,22)

Los pólipos vaginales son crecimientos pequeños y frágiles en forma de dedo que se originan en la vagina, que pueden aparecer durante el embarazo. Por lo que a las relaciones sexuales se refiere, es posible que la paciente pueda notar un aumento del volumen de las varices debido al propio estímulo sexual y al descenso del retorno venoso a nivel vulvar. Aunque son benignos, a largo plazo y sobre todo en mujeres embarazadas podrían dar lugar a ciertos problemas, sobre todo si hay que practicar una episiotomía en la zona vulvar y a nivel del periné. Por ello, es aconsejable su extirpación mediante un sencillo procedimiento ambulatorio que consiste en una torsión en su base y el corte posterior del pólipo. Los pólipos vulvares son pólipos

fibroepiteliales, habituales en el epitelio vulvar, de color rosado y de consistencia blanda. Histológicamente tienen tejido fibrovascular, con epitelio escamoso hiperqueratósico. Se pueden eliminar por medio de un sencillo procedimiento ambulatorio, con una torsión cuidadosa, aunque un pólipo habitualmente se saca anudando un hilo quirúrgico alrededor de su base y cortándolo. La extirpación de la base del pólipo se realiza por medio de electrocauterización o con un láser. ⁽²³⁾

Causa Desconocidas

Se considera cuando ya ha sido descartado todas las causas anteriores, hay evidencia clínica y de exámenes complementarios que no logren explicar el motivo de la hemorragia.

Complicaciones más graves de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo:

Shock hipovolémico

Se define como hipoperfusión de los tejidos, con disminución de la respiración celular, esta reducción del consumo de oxígeno celular es causada por la disminución del flujo sanguíneo por la pérdida de gran cantidad de sangre.

Las pérdidas del alrededor del 10-15% del volumen sanguíneo total no provocan efecto significativo en el débito cardíaco y presión arterial, en embarazadas encima del 25% se considera hemorragia grave. Una hemorragia masiva es la pérdida de sangre que requiere la sustitución del volumen sanguíneo total de la paciente o la transfusión de más de 10 unidades de sangre en 24 horas.

Según el estudio "Evaluación de la Coagulopatía por consumo asociada con las hemorragias obstétricas graves", realizado en España entre 1991 y 2008, por E. Malvino y Cols., el shock se presentó en 110/247 pacientes, y afectó a más de la mitad de los casos con desgarros cervicovaginales y rupturas uterina, 61 gestantes con shock presentaron coagulopatía por consumo, 12 de ellas con sangrado múltiple, confirmando diagnóstico de CID. ⁽²⁴⁾

La principal causa de shock en obstetricia es la hipovolemia secundaria a la hemorragia que reduce la presión de perfusión sistémica y del retorno venoso provocando reducción del débito cardíaco, esta provoca alteraciones en las arteriolas y en las vénulas, causando una reducción del oxígeno arterial, produciendo una reducción acentuada y generalizada de la oferta de oxígeno y otros nutrientes a los tejidos provocando lesión celular.

La hipoxia celular induce al cambio del metabolismo aerobio para anaerobio, con aumento de la producción de lactato y acidosis. En estados iniciales las lesiones celulares son reversibles, cuando se prolonga o agrava el shock, las células se tornan incapaces de utilizar energía, perdiendo su integridad con ruptura de lisosomas y liberación de enzimas auto digestivas llevando a la muerte celular.

Las manifestaciones Clínicas dependen de la intensidad de la pérdida volémica, de otras complicaciones asociadas dependientes del shock, de los mecanismos compensatorios y de la efectividad del tratamiento. ⁽⁷⁾

Prevalencia de las Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Bautista de enero 2011 a julio 2012

Cuadro Clínico

El estado de shock está representado no sólo por la hipotensión arterial, sino por palidez cutánea, con frío y sudoración, taquicardia, confusión, obnubilación mental y aprehensión. Tal estado corresponde a una condición hipodinámica de disminución del gasto cardíaco, vasoconstricción periférica e hipometabolismo general.

Los signos y manifestaciones clínicos son:

- a. palidez y frío cutáneos, particularmente aparentes en los pies y las manos;
- b. blanqueamiento cutáneo bajo presión digital, demostrable en el pulpejo de los dedos de manos y pies o en el lecho de las uñas y que tarda en recuperarse o que no se recupera;
- c. colapso de las venas subcutáneas por vasoconstricción adrenérgica, lo cual dificulta la canulación venosa y la toma de muestras de sangre;
- d. hipotensión arterial, con descenso de la presión sistólica y conservación de la diastólica (disminución de la presión diferencial);
- e. taquicardia, también fundamentalmente un fenómeno adrenérgico;
- f. angustia, aprehensión y obnubilación mental, que en gran parte se deben a disminución del flujo cerebral;
- g. oliguria, con volúmenes urinarios de menos de 0.5 ml/kg por hora en el adulto y de menos de 1.0 ml/kg/hora en el niño, como consecuencia de la disminución de la perfusión renal;
- h. signos electrocardiográficos de isquemia, secundarios a insuficiente flujo coronario.

Los fenómenos compensatorios pueden mantener niveles normales de presión arterial, por lo cual puede llegarse a la pérdida hasta del 30% del volumen circulatorio antes de que se produzca hipotensión clínica: los signos precoces, la taquicardia y la palidez, permiten su reconocimiento.

El descenso en el valor del hematocrito es un parámetro de cuantificación y monitoreo de la hemorragia. Un descenso de 3-4% corresponde a una pérdida de 10% del volumen circulatorio, y un descenso de 6-8% indica una pérdida del orden de 20%, o sea de aproximadamente un litro en el adulto. ⁽¹¹⁾

Usualmente se establecen tres categorías o grados de hipovolemia:

1. **Hipovolemia leve (grado I).** Corresponde a una pérdida menor de 20% del volumen circulatorio; los fenómenos compensatorios mantienen la PA, pero hay hipotensión postural. La hipoperfusión afecta sólo a ciertos órganos que la toleran bien, como piel, grasa, músculo esquelético y huesos.
2. **Hipovolemia moderada (grado II).** Corresponde a una pérdida de 20-40% del volumen circulatorio. Se afectan órganos que toleran mal la hipoperfusión: hígado, páncreas, bazo, riñones. Aparece la sed como manifestación clínica; puede haber hipotensión en la posición de decúbito dorsal; la hipotensión postural es manifiesta, y hay oliguria y taquicardia leve o moderada.
3. **Hipovolemia severa (grado III).** El déficit del volumen circulatorio es de 40%, las manifestaciones de shock son claras y hay hipoperfusión del corazón y del

cerebro. Se observan hipotensión, marcada taquicardia, alteraciones mentales, respiración profunda y rápida, oliguria franca y acidosis metabólica. Si el estado de franco colapso cardiovascular no es atendido, el cuadro evoluciona hacia la muerte.

El tratamiento consiste en la restauración del volumen circulatorio y del déficit de líquido extracelular, al tiempo que se administra oxígeno por cánula nasal.

El restablecimiento del volumen circulatorio se realiza mediante:

1. Infusión vigorosa de cristaloides en forma de soluciones salinas a través de un catéter venoso periférico del mayor calibre posible. Tanto el lactato de Ringer (solución de Hartmann) como la solución salina normal son adecuados. Este es el proceso de reanimación, que en general se logra con los primeros tres litros de cristaloides, si el sangrado ha cedido.
2. Transfusiones de sangre total, lo más fresca posible, que provee plasma y componentes hemostásicos. Los glóbulos rojos son de administración muy lenta y, por consiguiente, inadecuados cuando se requiere transfusión urgente.
3. Las soluciones salinas hipertónicas han demostrado su utilidad en ciertas condiciones, especialmente cuando es necesario limitar la cantidad total de agua que debe ser infundida. Su uso principal ha sido en la atención inicial del paciente en el sitio del trauma y durante su transporte.

Algunas medidas tradicionales, tales como la posición de Trendelenburg, o el uso de pantalones neumáticos, están en desuso porque causan más alteraciones fisiológicas indeseables que beneficio. ⁽¹²⁾

La Coagulación Intravascular Diseminada (CID)

Es una alteración fisiopatológica sistémica, trombohemorrágica, que se presenta en algunas situaciones clínicas bien definidas y que se acompaña de alteraciones de laboratorio que indican activación de procoagulantes, activación fibrinolítica, consumo de inhibidores de la coagulación y evidencias bioquímicas de daño o falla orgánica.

La CID evoluciona repentinamente y tiene un curso grave. Tres grupos de pacientes tienen los mayores riesgos de CID: pacientes obstétricos, pacientes con infecciones bacterianas graves y pacientes con ciertas neoplasias.

Entre los accidentes obstétricos encontramos Embolia de líquido amniótico, placenta previa, eclampsia, aborto y Huevo muerto retenido. En ellos ocurre liberación de sustancias semejantes a la tromboplastina que causan activación del sistema de coagulación. La preeclampsia severa

también puede complicarse en un porcentaje menor del 10% con coagulopatía.

Fisiopatología

Una vez el sistema de coagulación es activado, el comportamiento es similar en todos los desórdenes, encontrando trombina y plasmina activas circulando. La respuesta inflamatoria y procoagulante. El incremento en el factor tisular genera excesiva trombina, la cual sobrepasa la capacidad de los mecanismos antitrombóticos como son la antitrombina III y el inhibidor de la vía del factor tisular. La trombina genera fibrina a

partir del fibrinógeno con liberación de los fibrinopéptidos A y B y de monómeros de fibrina, éstos últimos son polimerizados en el coágulo de fibrina, llevando a trombosis micro y macrovascular, con atrapamiento de plaquetas y trombocitopenia secundaria. La plasmina circulante cliva el grupo carboxiterminal del fibrinógeno generando los productos de degradación del fibrinógeno o PDF (X, Y, D y E), los cuales interfieren con la polimerización de la fibrina solubilizándola y conduciendo por tanto a la hemorragia. Los fragmentos D Y E se unen a la membrana plaquetaria ocasionando disfunción plaquetaria y contribuyendo a la hemorragia.

La plasmina circulante también actúa sobre otros factores biodegradándolos, tales como el factor V, VIII, XI y XII, y sobre otras proteínas plasmáticas incluyendo la hormona del crecimiento, la ACTH y la insulina, etc. Actúa también sobre la fibrina liberando el dímero D (D-D) y puede activar el complemento, especialmente la fracción C1 y C3 y eventualmente las fracciones C8 y C9, con lisis de glóbulos rojos y lisis plaquetaria.

Una vez activado el factor XII de la coagulación, se activa también el sistema de las kininas, en el cual incrementa la permeabilidad vascular causando hipotensión y shock. Se ha demostrado en pacientes con sepsis que la activación de la proteína C puede estar alterada como resultado de una regulación negativa de la trombomodulina por citoquinas inflamatorias, observándose una reducción en los niveles de proteína C en la mayoría de estos pacientes y asociado con riesgo incrementado de muerte.

Estudios clínicos recientes han confirmado mecanismos de supresión de la fibrinólisis mediada por incremento del inhibidor tipo 1 del activador del plasminógeno (PAI-1), ocasionando una disminución en la actividad fibrinolítica en respuesta a la formación de fibrina.

Todos los mecanismos anteriores contribuyen al desarrollo de procesos hemorrágicos y trombóticos con compromiso sistémico que desemboca en falla orgánica múltiple.

Aunque no existe una prueba específica para su diagnóstico, se hace prácticamente según los resultados de laboratorio encontrados:

- Disminución rápida y progresiva del recuento plaquetario ($<100,000/\text{mm}^3$).
- Prolongación de los tiempos de coagulación (PT, PTT)
- Productos de degradación de la fibrina positivo (Dímero-D $>500 \mu\text{g/L}$).
- Proteína C disminuida.

Tratamiento

Lo más importante para el manejo de la CID es el control de la enfermedad de base que la originó y la aplicación de las medidas de soporte. En algunos estudios se ha encontrado que la heparina puede inhibir parcialmente la activación de la coagulación y sirve de profilaxis para evitar el riesgo de tromboembolismo venoso, pero su uso se sigue debatiendo en pacientes con sangrado. Sin embargo, su uso es probablemente útil especialmente en pacientes con evidencia o sospecha de trombosis por daño orgánico, púrpura fulminans o isquemia acral. La dosis es variable dependiendo de la experiencia del médico y si se desea puede utilizarse heparina de bajo peso. Se ha utilizado también los concentrados de ATIII demostrándose beneficio al reducir la mortalidad de 56 a 44%, según un meta análisis reciente.

Prevalencia de las Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Bautista de enero 2011 a julio 2012

En pacientes que no responden y presentan evidencia de sangrado la transfusión de concentrado plaquetario y plasma es efectiva. El uso de agentes antifibrinolíticos no se considera apropiado excepto en caso de pacientes con hiperfibrinólisis primaria o secundaria. En la actualidad, se están realizando estudios con un inhibidor recombinante del complejo FT-factor VII con el factor Xa o con proteína C recombinante con buenas perspectivas a un futuro no lejano, a pesar de sus altos costos. ^(25,26,27)

VII. MATERIAL Y METODOS

A. Tipo de estudio

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo de corte transversal.

B. Área de estudio y período de Estudio:

El presente estudio investigativo se realizó en las instalaciones del Hospital Bautista de la ciudad de Managua, en el período comprendido de Enero del 2011 al Julio del 2012.

C. Población de estudio

28 pacientes con embarazo de ≥ 22 semanas de gestación que ingresaron por sangrado transvaginal durante el período y lugar de estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo.
- Pacientes con semanas de gestación ≥ 22 calculadas por FUR o US.
- Pacientes con Gestaciones únicas o múltiples

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con Discrasias Sanguíneas
- Pacientes con menos de 22 semanas de embarazo.
- Pacientes sin hemorragias obstétricas en la segunda mitad del embarazo.

D. Fuente de Información:

La fuente de información fue de tipo secundaria; y se conformó por el Expediente clínico.

E. Método e Instrumento de Recolección de la información.

El método de recolección de la información fue a través de la técnica revisión documental.

El instrumento de recolección de la información fue una ficha de datos previamente elaborada para recoger la información, los datos fueron obtenidos a través del expediente clínico. Se constituyó por cuatro secciones. La primera describe las

Prevalencia de las Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Bautista de enero 2011 a julio 2012

características sociodemográficas de la madre tales como edad, estado civil, procedencia y escolaridad; la segunda parte consta de factores de riesgo, la tercera parte refiere a la prevalencia que presentan las madres de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, y por último una cuarta parte las complicaciones tanto maternas como fetales que se pueden presentar.

F. Técnicas y procedimientos de Recolección de datos.

Para obtener la información se realizó lo siguiente:

- a. Se le envió una carta de presentación del estudio a las autoridades del Hospital Bautista, con el fin de permitirnos el acceso a las instalaciones y revisión de los expedientes clínicos.
- b. Revisión preliminar de los expedientes clínicos.
- c. Selección de datos necesarios del expediente clínico en el Hospital Bautista por los autores.
- d. Recolección de la información necesaria para los objetivos planteados.

Operacionalización de las variables:

Para describir las principales características socio demográficas de las pacientes hospitalizadas se incluyen las siguientes variables:

Variables	Definición operacional	Indicador	Valor
Edad	Años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento al momento del estudio	Según registrado en expediente	Menos de ≤ 19 20-30 30-34 Más de 35
Estado civil	Estatus legal de relación de pareja	Según registrado en expediente	Soltera Casada Acompañada
Procedencia	Lugar o sitio donde reside	Según registrado en expediente	Rural Urbano
Escolaridad	Ultimo nivel académico obtenido	Según registrado en expediente	Primaria Secundaria Técnico Universitario Analfabeta

Para describir los antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes en estudio se incluyen las siguientes variables:

Variables	Definición operacional	Indicador	Valor
Gestación	Se considera Primigesta con el embarazo actual. Bigesta con un embarazo anterior. Multigesta con dos o más embarazos anteriores.	Según registrado en expediente	Primigesta Bigesta Multigesta
Tipo de embarazo actual	Se considera múltiple cuando hay más de un producto	Según registrado en expediente	Único Múltiple
Numero de controles prenatales	Numero de revisión médica hecha por facultativo	Según registrado en expediente	Menor de 4 Mayor de 4
Período intergenésico	Tiempo transcurrido desde el ultimo parto hasta el comienzo del actual	Según registrado en expediente	Menor de 2 años Mayor de 2 años
Edad Gestacional	Tiempo transcurrido desde la Fecha de ultima menstruación hasta el momento del estudio	Según registrado en expediente	22 – 27 SG 28 – 31 SG 32 – 36 SG

Para describir los antecedentes personales patológicos y no patológicos se incluyeron las siguientes variables:

Variables	Definición operacional	Indicador	Valor
Alcohol	Se considera si cuando ingiere algún tipo de alcohol.	Según registrado en expediente	Si No
Diabetes	Enfermedad existente antes del embarazo.	Tipo de antecedente registrado en el expediente	Si No
Placenta previa	Se considera si la inserción placentaria < 10 cm del Orificio cervical.	Según el resultado ultrasonográfico registrado en el expediente	Si No
Ruptura Prematura de Membranas	Se considera si con una cristalografía positiva o salida de	Resultado de cristalografía registrado en	Si No

	liquido evidente.	expediente.	
Síndrome Hipertensivo gestacional	Se considera si cuando cumple criterios del MINSA	Según registrado en expediente	Si No
Oligoamnios	Se considera si a la disminución de cantidad de Liquido	Según registrado en expediente	Si No
Desproporción Cefalo-Pelvica	Se considera si por cefalopelvimetría o por clínica.	Según registrado en expediente	Si No
Traumatismo indirecto sobre abdomen	Se considera si cuando sufrió una caída de nalgas.	Según registrado en expediente	Si No
Edad materna avanzada	Se considera si cuando tiene ≥ 35 años cumplidos.	Según registrado en expediente	Si No
Antecedente de cirugía uterina	Se considera si el antecedente de una cesárea anterior o miomectomía.	Según registrado en expediente	Si No
Fibromas Retroplacentarios	Se considera si presencia de tumor benigno.	Según registrado en expediente	Si No
Infección de vías urinarias	Se considera si con resultado de laboratorio positivo.	Según registrado en expediente	Si No

Para describir las complicaciones obstétricas de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo se incluyen las siguientes variables:

Variables	Definición operacional	Indicador	Valor
CID	Se considera si cuando cumple criterios establecidos	Según registrado en expediente	Si No
Insuficiencia Renal	Se considera si cuando cumple criterios establecidos	Según registrado en expediente	Si No
Útero de Couvelaire	Se considera si cuando se realizo cesárea y está registrado.	Registro en expediente de hallazgos transoperatorios	Si No
Shock hipovolémico	Se considera si al sangrado > 500 en el parto > 1000 en cesárea	Según registrado en expediente	Si No
Histerectomía post	Se considera si	Según dato	Si

evento	cuando hubo una hemorragia masiva.	registrado en expediente	No
Muerte materna	Se considera si cuando la madre fallece durante la gestación.	Según dato registrado en expediente	Si No
Anemia Aguda	Se considera si según resultado de laboratorio.	Según dato registrado en expediente	Si No
Síndrome de Sheehan	Se considera si cuando cumple criterios establecidos	Según dato registrado en expediente	Si No

Para determinar las complicaciones fetales incluidas en el estudio se utilizaron las siguientes variables:

Variables	Definición operacional	Indicador	Valor
Prematurez	Nacimiento antes de las 37 sg	Según dato registrado en expediente	Si No
Sufrimiento fetal	Se considera si FCF -120 ó +160, Dips 2 Meconio, ph < 7.20	Según dato registrado en expediente	Si No
Muerte Perinatal	Se considera si muerte antes de los 7 dias de nacimiento	Según dato registrado en expediente	Si No
Óbito fetal	Se considera si cuando el feto fallece después de las 22 semanas de gestación.	Según dato registrado en expediente	Si No
Retraso del crecimiento intrauterino	Se considera si cuando cumple criterios establecidos	Según dato registrado en expediente	Si No

Para determinar la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo encontrada en el estudio se utilizaron las siguientes variables:

Placenta previa	Se considera si cuando placenta esta menos de 10cm del OCI	Según dato registrado en expediente	Si No
Rotura uterina	Se considera si	Según dato	Si

Prevalencia de las Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Bautista de enero 2011 a julio 2012

	cuando hay pérdida de la solución de continuidad.	registrado en expediente	No
Vasa previa	Se considera si cuando vasos sanguíneos están por debajo del feto	Según dato registrado en expediente	Si No
Desprendimiento prematuro de placenta	Se considera si cuando el feto fallece después de las 22 semanas de gestación.	Según dato registrado en expediente	Si No
Parto pretérmino	Se considera si al nacimiento antes de las 34 semanas.	Según dato registrado en expediente	Si No
Inicio de trabajo de parto	Se considera si cuando hay una dilatación ≥ 5 cm	Según dato registrado en expediente	Si No
Procesos infecciosos cervicales	Se considera si cuando la paciente recibe tratamiento.	Según dato registrado en expediente	Si No
Traumatismos Genitales	Se considera si al sangrado post-coital.	Según dato registrado en expediente	Si No
Varices Vulvovaginales	Se considera si según examen físico.	Según dato registrado en expediente	Si No
Causas desconocidas	Se considera si cuando no existe causa orgánica demostrable.	Según dato registrado en expediente	Si No
Causas incidentales	Se considera si cuando es producto de una causa no obstétrica	Según dato registrado en expediente	Si No

J. Plan de Tabulación y Análisis

La información será procesada en el sistema de base de datos epidemiológicos EPINFO versión 3.5.1; elaborándose tablas de distribución simple de frecuencias y medidas de tendencia central por cada variable así como cruzamiento de variables conforme los hallazgos encontrados.

Se realizaron los siguientes cruces de variables

Prevalencia de las Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Bautista de enero 2011 a julio 2012

1. Antecedentes Patológicos y No Patológicos/ Clasificación
2. Complicaciones obstétricas / Clasificación
3. Complicaciones fetales / Clasificación
4. Gestación / Clasificación
5. Período intergenésico / Clasificación
6. Tipo de embarazo / Clasificación
7. Antecedentes Patológicos y No Patológicos / Complicaciones obstétricas.
8. Antecedentes Patológicos y No Patológicos / Complicaciones fetales

K. Aspectos Éticos Legales

Se valoraron 28 expedientes clínicos siempre guardando el secreto ético médico legal en el cual se comprometieron a no divulgar la identidad de las pacientes así como la de su historial médico.

Los autores se comprometieron igualmente a que todos los datos recogidos sean empleados única y exclusivamente para el desarrollo del estudio, el cual es expuesto ante las autoridades médicas designadas.

VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio de Prevalencia de las Hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bautista de Enero 2011 a Julio del año 2012 obteniendo los siguientes resultados:

1. Principales características socio demográficas de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo durante el periodo de estudio.

Edad:

De las pacientes estudiadas la edad que predominó fue entre los 20-30 años de edad con 75%, mayor o igual a los 35 años de edad con un 14.3% y entre los 31 a 34 años de edad un 10.7%. **(Ver gráfico No. 1)**

Estado civil:

El 75% de las pacientes son casadas, el 14.3% son solteras y el 10.7% se encontraban en unión estable. **(Ver gráfico No. 2)**

Escolaridad:

El 50% de las pacientes tienen escolaridad Universitaria, el 35.8% escolaridad secundaria, primaria y técnico con un porcentaje de 7.1% ambas. **(Ver gráfico No. 3)**

Procedencia:

La mayoría de las pacientes viven en el sector urbano, predominando con un 89.3% y el 10.7% proceden del sector rural. **(Ver gráfico No. 4)**

2. Antecedentes Gineco- obstétricos y factores de riesgo de las pacientes con hemorragias de la segunda mitad del embarazo durante el período de estudio.

Antecedentes Gineco- Obstétricos:

Gestación:

El 53.6% de las pacientes presentaban su primera gestación, el 28.6% eran bigestas y el 17.9% ya habían tenido mas de dos embarazos. **(Ver gráfico No. 5)**

Número de controles prenatales:

El 71.4% de la pacientes tenían cuatro o más controles prenatales y el 28.6% tenían menos de cuatro controles. **(Ver gráfico No. 6)**

Período intergenésico:

El 39.3% tenían período intergenésico mayor o igual de 2 años y el 7.1% tenían período intergenésico menor 2 años. **(Ver gráfico No. 7)**

Prevalencia de las Hemorragias de la Segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Bautista de enero 2011 a julio 2012

Tipo de embarazo:

La mayoría de las pacientes presentaron embarazo único con un 96.4%, y el 3.6% presentó embarazo múltiple. (**Ver gráfico No. 8**)

Edad gestacional:

El 57% de las embarazadas tenían entre 32 y 36 semanas de gestación, el 21.4% tenían entre 22 y 27 semanas de gestación, el 17.9% entre 28 y 31 semanas de gestación y el 3.6% mayor de 37 semanas de gestación. (**Ver gráfico No. 9**)

Gestación / Clasificación

El 14.2% de primigestas tuvo DPPNI, el 14.2% de las primigestas desencadenó parto pretérmino, el 10.7% de las primigestas presentó amenaza de parto prematuro, el 7.1% de las primigestas presentaron traumatismos genitales, el 3.5% de las primigestas presentó placenta previa, al igual que las pacientes primigestas solo 3.5% presentó inicio de trabajo de parto.

El 14.2% de las bigestas presentaron APP, el 7.1% de las bigestas presentó traumatismos genitales, el 3.5% de las bigestas presentó placenta previa al igual que las bigestas solo el 3.5% presentó procesos infecciosos cervicovaginales.

El 7.1% de las pacientes multigestas presentaron traumatismos genitales, el 3.5% de las multigestas presentó placenta previa, el 3.5% de las multigestas presentó desprendimiento de placenta normoinsera (DPPNI), al igual que las pacientes multigestas solo el 3.5% desencadenó parto prematuro. (**Ver tabla No. 7**)

Período intergenésico / clasificación:

El 14.2% con período intergenesico mayor de 2 años presentó traumatismo genitales, el 14.2% con período intergenesico mayor de 2 años presentó APP, el 7.1% con período intergenesico mayor de 2 años presentó placenta previa y solo el 3.5% con período intergenesico mayor de 2 años desencadenó inicio de trabajo de parto.

El 3.5% con período intergenesico menor de 2 años presentó DPPNI y el 3.5% con período intergenesico menor de 2 años presentaron procesos infecciosos cervicovaginales. (**Ver tabla No. 8**)

Tipo de embarazo / Clasificación

El 25% de embarazos únicos presentaron APP, el 17.8% de embarazos únicos presentaron DPPNI,

El 17.8% de embarazos únicos presentaron traumatismos genitales, el 14.2% de embarazos únicos desencadenaron parto prematuro, el 10.7% de pacientes con embarazos únicos presentaron placenta previa, el 7.1% de pacientes con embarazos únicos desencadenaron inicio de trabajo de parto y solo el 3.5% de embarazos únicos presentaron proceso infecciosos cervicovaginales.

El 3.5% de embarazos múltiples presentaron traumatismo genitales. (**Ver tabla No. 9**)

Factores de riesgo:

El 21.4% presentó oligoamnios, mismo porcentaje para cirugía uterina, el 15.3% tenía edad materna avanzada, el 14.3% tenía antecedente de Ruptura prematura de membranas, mismo porcentaje para las que presentaron Síndrome hipertensivo gestacional, el 7.1% presentó trauma indirecto igual porcentaje para las que padecían de diabetes, el 3.6% presentó fibromas retroplacentarios. **(Ver tabla No. 1)**

Antecedentes no patológicos:

No se encontraron antecedentes.

Factores de riesgo / Clasificación

El 10.7% de pacientes con Síndrome hipertensivo gestacional (SHG) presentaron desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI), el 3.6% de pacientes con SHG desencadenaron parto prematuro.

El 10.7% de pacientes con cirugía uterina presentaron traumatismos genitales, el 3.6% de pacientes con cirugía uterina presentaron placenta previa, el 3.6% de pacientes con cirugía uterina presentaron DPPNI, el 3.6% de pacientes con cirugía uterina desencadenaron inicio de trabajo de parto.

El 7.1% de pacientes con edad materna avanzada presentaron traumatismo genitales, el 7.1% de pacientes con edad materna avanzada presentaron APP.

El 7.1% de pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron parto prematuro, el 3.6% de las pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron DPPNI, el 3.6% de las pacientes que presentaron oligoamnios desencadenaron inicio de trabajo de parto, el 3.6% de las pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron traumatismo genitales, el 3.6% de las pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron APP.

El 3.6% de las pacientes que tuvieron RPM presentaron DPPNI, El 3.6% de las pacientes que tuvieron RPM desencadenaron parto pretermino, el 3.6% de las pacientes que tuvieron RPM presentaron traumatismos genitales, el 3.6% de las pacientes que tuvieron RPM presentaron APP.

El 3.6% de las pacientes que presentaron trauma indirecto tuvieron placenta previa, el 3.6% de las pacientes que presentaron trauma indirecto tuvieron DPPNI.

El 3.6% de las pacientes que tuvieron Diabetes presentaron DPPNI, el 3.6% de las pacientes que tuvieron Diabetes desencadenaron inicio de trabajo de parto.

El 3.6% de las pacientes que tuvieron fibromas retroplacentarios presentaron placenta previa.

(Ver tabla No. 4)

Factores de riesgo / Complicaciones obstétricas

El 10.7% de pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron anemia.

El 7.1% de pacientes que presentaron SHG tuvieron anemia, el 3.5% de pacientes con SHG tuvieron utero de Couvelaire, el 3.5% de pacientes con SHG tuvieron Síndrome de HELLP.

El 3.5% de pacientes con Diabetes presentaron anemia.

El 3.5% de pacientes con RPM presentaron CID, el 3.5% de pacientes con RPM presentaron Shock hipovolémico y el 3.5% de pacientes con RPM presentaron anemia.

El 3.5% de pacientes con trauma indirecto tuvieron utero de Couvelaire.

El 3.5% de pacientes con fibromas retroplacentarios tuvieron anemia. **(Ver tabla No. 10)**

Factores de riesgo / Complicaciones fetales

El 10.7% de pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron óbito, el 7.1% de pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron CIUR, el 3.5% de pacientes que presentaron oligoamnios tuvieron SFA.

El 7.1% de pacientes que tuvieron cirugía uterina presentaron CIUR, el 7.1% de pacientes que tuvieron cirugía uterina presentaron óbito, el 3.5% de pacientes que tuvieron cirugía uterina presentaron prematuridad, el 3.5% de pacientes que tuvieron cirugía uterina presentaron SFA.

El 7.1% de pacientes que presentaron SHG tuvieron óbito, el 3.5% de pacientes que presentaron SHG tuvieron muerte perinatal.

El 7.1% de pacientes que presentaron RPM tuvieron óbito, el 3.5% de pacientes que tuvieron RPM presentaron SFA.

El 7.1% de pacientes que presentaron Diabetes tuvieron SFA, el 3.5% de pacientes que tuvieron Diabetes presentaron CIUR.

El 3.5% de pacientes que tuvieron presentación indirecta tuvieron prematuridad, el 3.5% con trauma indirecto tuvieron óbito. **(Ver tabla No. 11)**

3. Prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo de las pacientes en estudio.

Prevalencia:

El 25% corresponde a la Amenaza de parto pretérmino, el 21.4% a traumatismos genitales, el 17.9% a los casos de Desprendimiento de placenta normoinsera, el 14.3% a parto pretérmino, el 10.7% a placenta previa, el 7.1% a inicio de trabajo de parto y el 3.6% a procesos infecciosos cervicovaginales. **(Ver gráfico No. 10)**

4. Complicaciones obstétricas y fetales por hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

Complicaciones obstétricas:

El 21.4% presentó anemia, el 3.6% presentó coagulación intravascular diseminada, shock hipovolémico, útero de couvelaire al igual que Síndrome HELLP. **(Ver tabla No. 2)**

Complicaciones fetales:

El 25% corresponde a óbitos, el 10.7% sufrimiento fetal agudo, mismo porcentaje para prematuridad y retraso del crecimiento intrauterino, el 3.6% presentó muerte perinatal. **(Ver tabla No. 3)**

Complicaciones obstétricas / Clasificación

El 10.7% de pacientes que tuvieron anemia presentaron DPPNI, el 3.6% de pacientes que presentaron anemia tuvieron placenta previa, el 3.6% de pacientes con anemia desencadenaron inicio de trabajo de parto, el 3.6% de pacientes que presentaron anemia tuvieron parto pretérmino, el 3.6% de pacientes que tuvieron anemia presentaron Amenaza de parto pretérmino.

El 3.6% de pacientes que presentaron Shock hipovolémico tuvieron DPPNI.

El 3.6% de pacientes que tuvieron útero de Couvelaire presentaron DPPNI, el 3.6% de pacientes que presentaron útero de Couvelaire tuvieron APP.

El 3.6 % de pacientes que presentaron Coagulación intravascular diseminada tuvieron DPPNI.

El 3.6% de pacientes que presentaron Síndrome de HELLP tuvieron DPPNI. **(Ver tabla No. 5)**

Complicaciones fetales / Clasificación

El 7.1% de pacientes que presentaron óbito fetal tuvieron DPPNI, el 7.1% de pacientes que presentaron óbito tuvieron parto pretérmino, el 3.5% de pacientes que presentaron óbito desencadenaron inicio de trabajo de parto, el 3.5% de pacientes que tuvieron óbito presentaron traumatismo genitales, el 3.5% de pacientes que presentaron óbito tuvieron procesos infecciosos cervicovaginales.

El 7.1% de pacientes que presentaron prematuridad tuvo parto prematuro, el 3.5% de pacientes que presentaron Prematuridad tuvo placenta previa,

El 7.1% de pacientes que presentaron prematuridad tuvo parto prematuro.

El 7.1% de pacientes que tuvieron Sufrimiento fetal agudo (SFA) presentaron DPPNI.

El 3.5% de pacientes que presentaron retraso del crecimiento intrauterino (CIUR) tuvo DPPNI, el 3.5% de pacientes que tuvieron CIUR presentaron traumatismo genitales, el 3.5% de pacientes que tuvieron CIUR presentaron APP.

El 3.5% de pacientes que presentaron muerte perinatal tuvo DPPNI. **(Ver tabla No. 6)**

IX. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de resultados que a continuación se describe tiene como objetivo evaluar la prevalencia de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo.

La edad de mayor predominio fue entre 20-30 años con un 75% (Gráfico No. 1) coincidiendo con los datos del censo realizado en Nicaragua en el año 2005 en el que muestra que el 52% de la población total femenina corresponde a mujeres en edad fértil, de estas mujeres el 59% son menores de 30 años.⁽²⁹⁾

La mayoría de las pacientes eran casadas (75%) (Gráfico No.2) dato que no se correlaciona con un censo realizado en el 2007 en Nicaragua en el que los resultados indican que el 56% de las mujeres de 15 a 49 años de edad viven en unión conyugal, lo que es beneficioso al momento de decidir tener hijos ya que la embarazada tendrá apoyo tanto emocional como personal de su conyugue además que disminuye un factor de riesgo al estar soltera o las que viven en unión libre y sin pareja estable son un 34% mismo porcentaje para las solteras, según el censo, en cambio los datos encontrados en nuestro estudio las pacientes en unión libre conformaron apenas el 10.7% y las solteras un 14.3%.⁽²⁹⁾

Con respecto a la escolaridad el 50% tenía educación superior, el 7% de las pacientes tenían educación primaria, el 35.8% secundaria y técnico apenas un 7%, este dato no se correlaciona con el censo realizado en el año 2005 en Nicaragua, en el que solo el 6% de la población tenía educación superior, 21% no poseía ninguna educación formal y un 75% de la población sabía leer y escribir. En cuanto a los resultados del estudio cabe destacar que la población se podría considerar privilegiada ya que en su mayoría son pacientes con seguro médico mediante su trabajo o el de su conyugue y tienen un nivel de educación superior.⁽²⁸⁾

En relación a la procedencia el 89.3% provenían del sector urbano y sólo el 10.7% del sector rural (Gráfico 4) lo que indica un factor de riesgo menor para la paciente que vive en el sector urbano ya que tiene mayor acceso a servicios de salud al momento de presentar una emergencia durante su embarazo a diferencia de la paciente que vive en el sector rural ya que hay dificultad para el transporte y demora más tiempo en llegar al servicio de salud “más cercano”, y en algunos casos esta situación puede ser grave para la madre, el bebé o el binomio madre-hijo.

La mayoría de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo se presentó en pacientes primíparas 53.6%, el 28.6% eran bigestas y el 17.9% eran multigestas, más de tres embarazos. Según un estudio realizado en Estelí sobre el comportamiento de la mortalidad perinatal por causas obstétricas en el 2005-2006⁽³¹⁾, las Primigestas representaron 46.5% (40/86), las bigestas 36% (31/86), trigestas 4.6% (4/86) y dentro del grupo de multigestas y grandes multigestas representan el 12.7% para un total de 11 casos.

Al momento de realizar el diagnostico de embarazo es importante llevar un control prenatal de calidad, el cual sabemos que es de gran importancia ya que se pueden prevenir complicaciones, obtener una mejor preparación para el parto y así finalizar el embarazo de una manera satisfactoria. Afortunadamente el 71.4% de las pacientes tenían más de 4 controles prenatales, dato que va acorde con lo establecido por las normas del MINSA, y sólo el 28.6% tenían menos de cuatro controles, lo que refleja un

comportamiento responsable de las pacientes al asistir a sus citas para control de su embarazo. Según un censo realizado en Nicaragua en el 2006/07, en el que el 91% de los casos tuvieron al menos un control prenatal, el 95% de las mujeres del área urbana recibió control prenatal y en el área rural un 87%, podemos decir que ambos datos son alentadores ya que hay mayor preocupación por la salud tanto de la madre y la del bebé.⁽²⁹⁾

El 96.4% de las pacientes presentaban embarazo único y el 3.6% embarazo múltiple (Gráfico 6). Según un estudio realizado en México la tasa general de embarazos múltiples fue de 10.1 por cada 1,000 nacimientos, lo que refleja un aumento notable de embarazos múltiples. El embarazo gemelar oscila en torno de 1 cada 80 a 120 nacimientos únicos. En relación al presente estudio el 3.6% representa únicamente un caso de embarazo gemelar y que además presentó sangrado de la segunda mitad del embarazo, situación que es poco común, una de las razones es porque al realizar el diagnóstico de embarazo múltiple se extremen las medidas tendientes a diagnosticar las patologías asociadas más frecuentes, como lo son la amenaza de parto prematuro, la preeclampsia, el retardo del crecimiento intrauterino y la diabetes gestacional, al tomar esta actitud disminuyen factores de riesgo.^(7,30)

El 57% de los embarazos se encontraban entre las 32 y 36 semanas de gestación, donde hay mayor probabilidad de complicaciones. Según la literatura Schwarcz los partos pretérmino son responsables de 5-9% del total de partos, que fue la primera causa de hemorragias. El 21.4% entre las 22 y 27 semanas de gestación, el 17.9% entre las 28 y 31 semanas de gestación y apenas el 3.6% tenía 37 semanas de gestación o más.

Oligoamnios y antecedente de cirugía uterina fueron los principales factores de riesgo (21.4% respectivamente), seguido por edad materna avanzada (14.3%), Ruptura prematura de membranas (14.3%), síndrome hipertensivo gestacional (14.3%), trauma indirecto (7.1%), Diabetes (7.1%) y por último fibromas retroplacentarios (3.6%), el mayor número de cirugías uterinas se debió a que la mayoría tenían una cesárea anterior y por ende en el embarazo actual había indicación de una operación cesárea, por otro lado el oligoamnios que si bien sabemos no es factor de riesgo directo para hemorragias durante la segunda mitad del embarazo, es el resultado de una insuficiencia uteroplacentaria que se produce en casos de SHG, por lo que se considero un hallazgo incidental. Las patologías más frecuentes según el estudio realizado en Estelí⁽³¹⁾, antes y durante el embarazo fueron: las IVU 36% (31/86), preeclampsia 8.1% (7/88); amenaza de parto prematuro 7% (6/86), oligoamnios severo 5% (4/86) y otras un 13.9% (12/86) entre ellas: placenta de inserción baja, hipertensión previa, retardo del crecimiento intrauterino, polihidramnios, anemia, hemorragias y parto inmaduro.

En Nicaragua un 50% de las personas consume licor con un promedio de 4.2 litros de alcohol puro por persona al año y sólo un 23% de las personas son abstemias. Sin embargo, la OMS (WHO; 2011), con base en el método de ventas, reporta un promedio de 5.4 litros de alcohol puro, persona. En el caso de las mujeres, la dependencia es de 3.4%, ocupando un tercer lugar, dentro de los nueve países del estudio. Este dato es muy importante ya que las pacientes estudiadas reflejaron responsabilidad y conciencia de no consumir sustancias dañinas tanto para ellas como para su bebé, lo que aumenta la probabilidad de finalizar el embarazo de manera exitosa.⁽³³⁾

Algunos estudios mencionan que la nicotina produce una vasculitis espástica uterina, ocasionando insuficiencia placentaria y retardo del crecimiento intrauterino, lo cual se ha asociado con desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal. El alcohol, por otro lado, puede causar una restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones insuficiencia placentaria, desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal. ⁽³⁴⁾

El 25% de las Hemorragias corresponde a la amenaza de parto prematuro, cabe mencionar que la mayoría de pacientes eran primigestas, dato interesante ya que este tipo de patología se presenta más comúnmente en pacientes multigestas. En segundo lugar encontramos con un 21.4% a los traumatismos genitales, se deben a los sangrados postcoitales, donde la gran mayoría eran primigestas y tienen mayor fragilidad de vasos sanguíneos a nivel del cervix, En tercer lugar se presentó el DPPNI con un 17.9%, a pesar su incidencia de aproximadamente 1% de los partos su aparición se hizo notar, ya que es una patología ha ido en aumento en las últimas décadas. ^(7, 13) **(Ver gráfico No. 10)**

La principal complicación obstétrica fue anemia, para un total de 7 casos (21.4%) en la mayoría se presentó debido a que las pacientes tuvieron hemorragias importantes como en los 3 casos de desprendimiento y una placenta previa, de las cuales solo los casos de desprendimiento de placenta ameritaron transfusión y por ende más tiempo de hospitalización, el resto fueron tratadas con sulfato ferroso dos veces al día y continuaron su gestación sin mayores complicaciones. Al comparar los resultados con el estudio “Anemia en embarazadas ingresadas al programa de atención prenatal del centro de salud Bello Amanecer”, realizado en la UPOLI-Ocotlán, en Quilalí, hay una alta incidencia ya que el 34.42% del total de embarazadas ingresadas al programa de atención prenatal padecen anemia. En relación con las pacientes en estudio cabe destacar que son pacientes con un mayor nivel socioeconómico y con mejor alimentación ⁽³²⁾ **(Ver Tabla No.2)**

La C.I.D. (coagulación intravascular diseminada) es una patología poco frecuente pero grave, representó el 3.6%, pese al mal pronóstico y a todos los factores asociados de la paciente posteriormente hubo una buena respuesta al tratamiento, logrando así finalizar el embarazo con bienestar tanto materno como fetal. Según un estudio realizado en Italia por M. G. Mazzucconi y Cols, la C.I.D. se presenta en menos del 10% como complicación obstétrica asociada a hemorragias, lo que difiere de este estudio, ya que solo se encontró un caso como complicación de un Desprendimiento de placenta. ⁽²⁶⁾

La prevalencia de DPPNI es de 17.9%, según un estudio realizado por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Puerto Montt, 2000-2005⁽³³⁾, se revisaron 25 pacientes con histerectomía obstétrica periparto, de las cuales 96% fueron operación cesárea, la principal causa que se encontró fue acretismo placentario con y sin placenta previa (48%), seguido de atonía uterina (32%), y 8% en relación a útero de Couvelaire, porcentaje que está por encima en nuestro hospital, podría deberse que aunque y en la mayoría de los casos se pierda al producto, se realiza una detección temprana del desprendimiento, por tanto la sangre infiltrada no ha alcanzado la serosa originando la apoplejía uteroplacentaria. **(Ver gráfico No.10)**

Por otro lado encontramos solamente un caso de útero de Couvelaire (a pesar de que el DPPNI obtuvo un porcentaje de 17.9% que corresponden a siete casos) que respondió satisfactoriamente a dosis altas de oxitocina y no ameritó histerectomía post evento.

Según las Normas y Protocolos del Minsa la hemorragia constituye un 52% de causas de muertes maternas, durante el embarazo, parto y puerperio; de este porcentaje un 25% corresponden a hemorragias postparto, afortunadamente no se encontraron casos durante el periodo de estudio, por lo que concluimos que con los años ha ido mejorando la atención oportuna de las principales causas de hemorragias. **(Ver tabla No. 2)**

Por otra parte las principales complicaciones fetales fueron evidentes, encabezando la lista el óbito fetal con 7 casos (25%), aumentando la tasa de mortalidad neonatal, la principal causa fue DPPNI, además se encontró un traumatismo genital y un proceso infeccioso cervicovaginal como causa aislada. **(Ver tabla No. 3)** Dos de ellos por Desprendimiento con más del 50% de la superficie placentaria afectada, el feto sufrió anoxia y falleció como consecuencia lógica, 25% a parto pretérmino, 16.6% a inicio de trabajo de parto prematuro, otro 16.6% a trauma genital por hemorragia postcoital, donde cabe destacar que al momento de acudir a sala de emergencia el feto se encontraba obitado. Según un estudio Venezolano ⁽³⁴⁾ son muy diversos los factores asociados a óbito fetal; correspondiendo a factores maternos 27%, fetales 16%, ovulares 42%, y la deficiencia en la relación madre-feto (16%). Igualmente dichas investigaciones reportan que las causas más frecuentes para ocasionar un óbito debido a anomalías ovulares son las de origen placentario 75%, seguidas por anomalías del cordón umbilical 25%.

La prematurez constituye un 10.7%, a pesar de tratamientos tocolíticos, su incidencia no ha variado mucho a lo largo del tiempo ya que es aproximadamente de 8 a 10% del total de partos en países desarrollados y en países subdesarrollados se reportan hasta cifras de un 20% del total de partos. En un estudio multicéntrico, realizado en Estados Unidos, donde la edad gestacional fue cuidadosamente valorada, la incidencia de partos antes de la semana 37 fue de 9,6% (Copper et al, 1993). En Latinoamérica, esta patología ha sido ampliamente estudiada, con una incidencia global de 9% en 11 países del mundo. ⁽³⁵⁾

Solo un 3.6% represento la mortalidad neonatal, este caso fue debido a Desprendimiento de placenta, dato similar al de otros estudios, por ejemplo, según el centro de referencia de Wisconsin, es la segunda causa con un 23%. En cuanto a la tasa de mortalidad perinatal para el año 2004 según el estudio en Estelí fue de 17.8% ⁽³¹⁾, y asociada con Desprendimiento de placenta fue de 20 a 35%, dependiendo de la severidad del cuadro y de la edad gestacional y determinados básicamente por la prematuridad y la hipoxia ⁽¹³⁾.

En cuanto al Síndrome hipertensivo gestacional como factor de riesgo se presentó en cuatro de las pacientes (14.3%) quienes durante el período de estudio tres de ellas tuvieron desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI) como complicación obstétrica, y la paciente restante desencadenó parto prematuro.

La cirugía uterina se representó en 21.4% para un total de 6 casos, según las Normas y Protocolos del Minsa 2006⁽¹⁾, es considerada factor riesgo para placenta previa y estuvo presente en un 3.6%, se encontró también en traumatismos genitales por sangrado postcoital 10.7% como hallazgo incidental, inicio de trabajo de parto pretérmino y un DPPNI 3.6% respectivamente.

Se encontraron cuatro pacientes con edad materna avanzada, dos de ellas presentaron traumatismo genital, que no es muy relevante ya que no es considerado un factor de riesgo, otras dos pacientes presentaron amenaza de parto prematuro, donde puede haber alteración en la micro circulación de la placenta y desencadenar contracciones.⁽⁷⁾

El oligoamnios se hizo presente en seis de las pacientes en estudio, dos de ellas desencadenaron parto prematuro, por un sufrimiento fetal crónico que requirió interrumpir la gestación de manera inmediata, una de las pacientes presentó DPPNI, este hallazgo puede estar relacionado con afectación en la microcirculación placentaria. Un sangrado postcoital, es decir que al momento de revisar a la paciente de manera integral el diagnóstico de oligoamnios pudo haberse realizado de manera incidental, la última paciente con oligoamnios presentó amenaza de parto prematuro, dato que según la literatura es considerado factor de riesgo para dicha patología, ya que puede estar relacionado con la insuficiencia placentaria, pérdida crónica de líquido amniótico y malformaciones, según un estudio realizado en Cuba en el año 2001. ⁽³⁶⁾

Durante el período de estudio se encontraron cuatro casos de rotura prematura de membranas representando un 14.3%, en donde una de las pacientes presentó DPPNI, a pesar que ambas situaciones no están estrechamente relacionadas puede presentarse, si el diagnóstico de DPPNI es oportuno disminuye el riesgo de infección tanto para el bebé como para la madre ya que la RPM es una puerta de entrada para las infecciones. También se encontró un caso de RPM que desencadenó parto prematuro, otro caso que se encontró fue de una paciente con RPM que presentó hemorragia de la segunda mitad del embarazo por el postcoito, esta patología es considerada multifactorial, es decir no están estrechamente relacionadas. Como último caso con RPM fue la paciente que presentó amenaza de parto prematuro, en esta situación como causa principal son las infecciones de vías urinarias. ⁽⁷⁾

Se presentaron dos casos de trauma indirecto, uno relacionado con placenta previa el cual tuvo como complicación fetal la prematuridad, que según la literatura Schwarcz ⁽⁷⁾. El segundo caso de trauma tuvo como consecuencia un DPPNI, este es uno de los factores de riesgo que requiere mucha cautela, ya que si no se actúa de manera rápida las consecuencias pueden ser fatales tanto para la madre como para el bebé.

La Diabetes es una enfermedad multifactorial previa al embarazo se asocia con DPPNI y anemia en un 3.6% relacionado con el daño que provoca dicha enfermedad en la microcirculación. Además dicha paciente sufrió shock hipovolémico como

complicación y CID como resultado del daño, esta paciente tenía RPM lo cual no muestra relación ninguna con las patologías mencionadas ya que no hubo una descompresión brusca del útero.

Se encontró un caso de fibromas placentarios que presentó placenta previa, según la literatura es considerado factor de riesgo para dicha patología, en dependencia del tamaño del fibroma o mioma cabe mencionar que no impide el embarazo ni el crecimiento del feto. **(Ver tabla No. 4)**

Al relacionar las complicaciones maternas con la clasificación de las Hemorragias de la segunda mitad del embarazo se presentaron siete casos de anemia, de los cuales tres pacientes tuvieron DPPNI, también hubo un caso por placenta previa sangrante, un caso que desencadenó inicio trabajo de parto pretérmino, se le realizó cesárea como consecuencia hubo óbito y se encontró anemia en los exámenes preoperatorios, un parto pretérmino el cual puede estar relacionado con la disminución del flujo útero-placentario por anemia, y la última paciente tuvo amenaza de parto prematuro como consecuencia de la anemia. ^(1,7)

Se presentó un caso de una paciente con shock hipovolémico a consecuencia del DPPNI, ambos están estrechamente relacionados ya que según la literatura universal es la principal complicación del DPPNI, y de no tratarse de manera inmediata puede llevar a la muerte. ⁽⁷⁾

Durante el estudio se presentó un caso de útero de Couvelaire, presentó amenaza de parto prematuro y posteriormente tuvo DPPNI. Estas patologías están muy relacionadas, no son tan frecuentes, pero cuando llega a presentarse se debe de actuar de manera inmediata. ⁽¹⁴⁾

El síndrome de HELLP se hizo presente en una de las veintiocho pacientes incluidas en el estudio (3.6%), ya que tuvo SHG y como complicación un DPPNI que si bien es cierto, esta patología no es la causa principal, si no se detecta a tiempo puede provocar ambas complicaciones. ⁽³⁷⁾ **(Ver tabla No. 5)**

Al relacionar las complicaciones fetales con la clasificación de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo encontramos que se presentaron dos casos de sufrimiento fetal agudo relacionados con desprendimiento de placenta normoinsera, producto de alteraciones en el intercambio entre la madre y el feto, producido por alteraciones en la placenta, circulación o en calidad de la sangre del feto o la madre, que provoca trastornos severos que pueden llevar al feto a la muerte y si se presenta de forma crónica durante el embarazo afecta el crecimiento del feto. ⁽¹⁾

Respecto al Retraso del crecimiento intrauterino se dieron tres casos, uno de ellos presentó DPPNI, como complicación de un SHG y tenía antecedente de cirugía uterina (3.6%), otro caso coincidió con traumatismo genital y oligoamnios, con antecedente de

cirugía uterina (3.6%), el último se encontró CIUR asociado con APP provocada por una infección de vías urinarias.

En relación a clasificación de las hemorragias con la gestación, el 53.6% (ver gráfico No. 5) eran primigestas, lo que equivale a 15 de las 28 pacientes, dato relativamente alto, ya que abarca más de la mitad de pacientes nulíparas, entre ellas cuatro tuvieron DPPNI (14.2%), dato que no va muy relacionado con la teoría, ya que pone como factor de riesgo ser multigesta. Cuatro casos (14.2%) presentaron parto prematuro, dos de ellas tenían oligoamnios como factor de riesgo y las otras dos sin causa evidente, en relación a amenaza de parto prematuro (10.7%) dos de ellas tenían IVU y una edad materna avanzada. Dos de las quince pacientes (7.1%) presentaron hemorragias postcoital, una desencadenó inicio de trabajo de parto prematuro, considerando que los vasos sanguíneos que se encuentran en el cérvix son más frágiles en las primigestas. ⁽¹⁾

El 28.6% de las pacientes del estudio eran bigestas, lo que corresponde a un total de ocho pacientes, entre ellas cuatro (14.2%) presentaron amenaza de parto prematuro. También se encontraron dos casos de traumatismo genital en paciente bigesta (7.1%), no es muy frecuente, pero puede presentarse. Se encontró únicamente un caso de placenta previa en paciente bigesta con un fibroma retroplacentario como factor predisponente (3.6%) En relación al sangrado por procesos infecciosos cervicovaginales se presentó en una de las pacientes bigestas (3.6%), esta situación puede presentarse en dependencia del grado y frecuencia de las infecciones cervicovaginales.

El 17.9% de las pacientes eran multíparas, un total de cinco pacientes, quienes dos de ellas presentaron sangrado postcoital, una de ellas placenta previa, que como bien dice la literatura es un factor de riesgo para dicha patología, al igual que otra paciente presentó DPPNI, dato que está en relación con lo antes mencionado. Otro caso fue el de una paciente que presentó sangrado por inicio de trabajo de parto prematuro. ⁽⁷⁾

El 7.1% de las pacientes multigestas presentaron traumatismos genitales, el 3.5% asociado a placenta previa, el 3.5% asociado a desprendimiento de placenta normoinsera (DPPNI) y el 3.5% desencadenó inicio de trabajo de parto prematuro. **(Ver tabla No. 7)**

En cuanto al período intergenésico como factor de riesgo para hemorragias, se encontró que la mayoría de la población en estudio eran primigestas para un total de 15 pacientes, por tanto solo 2 de ellas tenían un periodo intergenésico corto (menor 2 años) y las 11 restantes cumplían con lo estipulado por el Minsa. De las 2 pacientes con este factor de riesgo una tuvo un desprendimiento como complicación y la otra tenía un proceso cervicovaginal adyacente. A pesar que 11 de las trece pacientes en las que era posible evaluar el periodo intergenésico cumplían con sus controles prenatales 4 de ellas presentaron APP, 4 traumatismo genital, 2 placenta previa y 1 inicio de trabajo de parto pretérmino.

En la clasificación de las hemorragias el tipo que predominó fueron los embarazos únicos con un 96.4%, (27), 7 de ellas presentaron APP, 5 DPPNI y 5 traumatismos genitales, y solo un caso de embarazo gemelar tuvo hemorragia producto de un traumatismo genital, que podría ser resultado de la congestión que se produce por el espacio ocupado por dos fetos, este dato es congruente con que no es frecuente encontrar embarazos múltiples en la población. Aunque para APP los embarazos múltiples constituyen un factor de riesgo importante, en nuestro estudio la paciente tuvo un óbito, pero el otro gemelo siguió su curso normal.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con complicaciones fetales, hubo una prevalencia alta de óbitos relacionados a oligoamnios (10.7%) que corresponden a 3 casos, dos casos tenían SHG (7.14%) uno de ellos se complicó con un DPPNI y el otro una RPM y un trauma indirecto relacionado con óbito (3.57%) de igual manera la paciente producto del trauma indirecto como causa principal hizo un desprendimiento de placenta y tenía Oligoamnios.

X. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos alineados a los objetivos establecidos se concluye:

- 1- De las características generales en el estudio se encontró que la mayoría de las pacientes eran entre 20 a 30 años con un 75%, casadas 75%, la mayoría con educación superior con un 85%, de procedencia urbana 89.3%.
- 2- En los antecedentes Gineco-obstétricos hubo predominio de primigestas con un 53.6%, embarazo único 96.4%, con más de cuatro controles prenatales 71.4%, las que tenían período intergenésico en su mayoría era mayor de 2 años con un 39.3%, la mayoría con embarazo entre las 32 y 36 semanas de gestación con un 57%.
- 3- De los factores de riesgo los de mayor predominio fueron el oligoamnios con un 21.4% y cirugía uterina 21.4%, seguido de edad materna avanzada 15.3%.
- 4- La complicación obstétrica que predominó fue la anemia con un 21.4%, seguido de útero de couvelaire con un 3.6% coagulación intravascular diseminada, shock hipovolémico y Síndrome HELLP.
- 5- Dentro de las complicaciones fetales hubo mayor predominio de óbitos con un 25%, seguido de prematuridad, sufrimiento fetal agudo, retraso del crecimiento intrauterino y muerte perinatal con 10.7%.

XI. RECOMENDACIONES

1. Debe implementarse un programa de educación medico continua sobre los protocolos establecido por el MINSA para sí mejorar la atención que reciben nuestras pacientes.
2. Las autoridades profesionales en el tema deben poner en práctica medidas de regulación y cumplimiento de los protocolos establecidos.
3. Dar continuidad a este estudio y realizar estudios nuevos que se relacionen con las experiencias nacionales; y posteriormente realizar estudio con un mayor nivel de evidencia científica, con el fin de mejorar cada día la atención brindada a nuestras pacientes.
4. Promover la asistencia a los controles prenatales de calidad para detección temprana de los factores de riesgo asociados a hemorragias de la segunda mitad del embarazo.
5. Seguimiento estricto en pacientes con múltiples factores de riesgo para evitar complicaciones como óbito fetal.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas, Ministerio de salud, diciembre 2006.
2. Hernández Patricio. Calidad de atención en el servicio del Hospital Bautista. 2010
3. Botero, Jaime. Jubiz Alfonso. Henao, Guillermo. Hemorragias del tercer trimestre pp 249-258, En: Obstetricia y Ginecología 2da Reimpresión. Tercera edición. Talleres gráficos de Carvajal S.A., Santander de quilichao, Colombia, 1987.
4. Pérez-Aliaga Carlos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Rev Per Ginecol Obstet 2010;56:18-22. Hemorragias en la segunda mitad del embarazo, en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf
5. Isla, Valdés, Ariana y Cols. Comportamiento de la placenta previa en el Hospital Ginecoobstétrico "América Arias", período 2003-2005, En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi07308.pdf
6. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:18-22. carlos Pérez-aliaga, Hemorragias de la segunda mitad del embarazo, en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a04v56n1.pdf
7. Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Duverges. A. Gonzalo diaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Quinta Reimpresion. Edicion. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2004
8. Dra. Rivas Marianela y Cols., Rev Obstet Ginecol de Venezuela. Vol 61, No. 4, año 2001. Departamento de Obstetricia y Ginecología "Dr. Adolfo Price Lara". Puerto Cabello. Edo. Carabobo Placenta Previa. Estudio Retrospectivo 1988-1992. En: <http://es.scribd.com/doc/88441436/2001Vol61N4-1>
9. LA PLACENTA. Fisiología y Patología. José Botella Llusía. Ediciones Díaz De Santos 1993. Argentina. En: http://books.google.com.ni/books?id=OYCa1Jq4BuYC&pg=PA313&hl=es&source=gbv_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false
10. Dr. Hernandez Cabrera Jesús. Rev Cubana Obstet Ginecol v.24 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 1998. Placenta previa, incidencia, algunas consideraciones y su repercusión en la morbilidad perinatal y materna, 1995-1996, en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1998000200006&script=sci_arttext
11. Dr Huapaya Espinoza Manuel Alonso, Placenta previa, en: <http://www.monografias.com/trabajos89/la-placenta-previa/la-placenta-previa.shtml>
12. José Félix Patiño Restrepo, MD, FACS (Hon), Manejo del shock, Oficina de Recursos Educativos – FEPAFEM, Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá, en: <http://www.aibarra.org/Guias/1-13.htm>

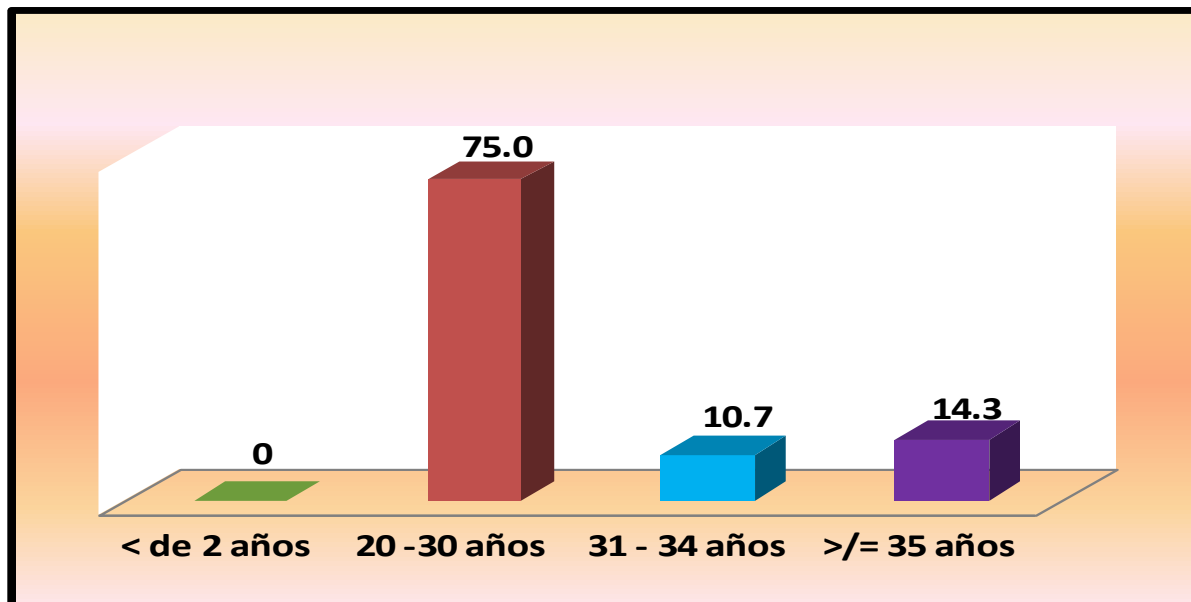
13. Protocolo de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta, ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo, Dr. Guillermo Vergara, En: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_DPPNI.pdf
14. Dr. Nicolás Baeza y Cols, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Hemorragia Obstétrica, en: <http://es.scribd.com/doc/50979021/1/Desprendimiento-Placentario>
15. Revista de Medicina y Medicina Crítica, Incidencia de rotura uterina en el Hospital "Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz" 1982-2003, Vol 1, Número 4, Agosto 2004; en : <http://www.medicrit.com/rev/v1n4/14136.pdf>
16. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Rotura Uterina. Otras Lesiones Genitales durante el Parto, Cap 85, pág 727. Impreso por Gráficas Marte, S.L. año 2007
17. Sepúlveda Waldo, Pérez René, Artículo de revisión. Vasa Previa, en <http://ultrasonografia.cl/us111/perez.pdf>
18. Metrorragia segunda mitad del embarazo, Universidad Católica de Chile, en: http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/metrorragia_2da_mitad.html
19. El sangrado vaginal: un padecimiento común y sin riesgo después del sexo, Por Dra. Jennifer Shu , en <http://mexico.cnn.com/salud/2011/03/29/el-sangrado-vaginal-no-es-un-padecimiento-inusual-despues-del-sexo>
20. Relaciones sexuales durante el embarazo, Terapeuta. José Jaime Martínez., Sexólogo Especialista en Hipnosis y en Programación Neurolingüística. En <http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/embarazo.htm>
21. Miomatosis Uterina, Escrito por Natalia Bermejo Rubio, licenciada en Medicina por la Universidad de Alcalá de Henares, en <http://www.webconsultas.com/miomatosis-uterina/miomas-uterinos-durante-el-embarazo-2217>
22. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla, Cuerpo Académico Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en http://www.amimc.org.mx/revista/2010/30_4/prevalencia.pdf
23. Copyright © 2007-2012 Doctoralia Internet S.L. Actualizado: 24/10/2012, Pólipos cervicales, vaginales y vulvares, Extirpación.
24. E. Malvino, G. Eisele y Cols., Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, Evaluación de Coagulopatía por consumo asociada con las hemorragias obstétricas graves, Elsevier España 2009, en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/7/7v37n06a13185421pdf001.pdf>
25. Enfermedades asociadas a Coagulación Intravascular Diseminada, en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/CID.html>
26. Coagulación Intravascular Diseminada en obstetricia y Ginecología, en: <http://www.sepeap.org/archivos/libros/HEMATOLOGIA/coagulacion/11.pdf>

27. Herrera Maria Victoria, Profesora Departamento de Medicina Interna, Unidad de Hematología, Pontificia Universidad Javeriana, en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0008%20Coagulacion.PDF>
28. Niñez y juventud: ejes de cambio. Centro de información y servicios de asesoría en salud en <http://www.cisas.org.ni/node/103>
29. Instituto Nacional de Formación de Desarrollo. Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2006/07 en <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>
30. Prevalencia de embarazos múltiples: incremento en la última década. Ricardo Hernández, Mauro Ochoa, Roberto Flores, Raúl Cortés, Gerardo Forsbasch. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):507-11 en <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/septiembre2008/Ginecol-507-11.pdf>
31. Canales Lagos Sandra. Comportamiento de la mortalidad perinatal en el Silais de Esteli, Nicaragua, 2005-2006. Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua. Centro de de investigaciones y estudios de la salud.
32. Martinez Rojas Doris Anabell, Ruíz Siles Fátima del Rosario. Anemia en Embarazadas ingresadas al programa de atención prenatal del Centro de salud Bello Amanecer, Quilali, Nueva Segovia, I Semestre 2004.
33. Dr. Sojo Carlos. FLACSO. Costa Rica. 2008-2012. Patrones de Consumo de Alcohol en América Latina. Análisis comparado de 9 países. En: http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/Carpeta_2011/Publicaciones_2012/Paper_EPCA-SP.pdf
34. Rojas Erica y Cols., Re. Chil Obstet Ginecol 2006; 71(1). Incidencia y Factores de Riesgo Asociados al Óbito Fetal en 2 Hospitales Venezolanos. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000100005&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
35. Pagés Gustavo, Aller Juan. Obstetricia Moderna. Tercera edición. McGraw-Hill. 2008. Trabajo de Parto Pretérmino, Cap 25, pag 316. En: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_25.pdf
36. Castellanos Robaina Gerardo y Cols., Rev cubana Ginecol v.27 Ciudad de la Habana ene.-abr 2001. Hospital Gineco-obstetrico Docente Provincial de Matanzas "Julio Alfonso Medina". Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2001000100011&script=sci_arttext
37. Ramírez Parra Pablo. Maxwell Beckles Mario. Acta med. Costarric v47 San José ene.2005. Diagnostico y Manejo oportuno del Síndrome de HELLP. En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=s0001-60022005000100002&script=sci_arttext
38. Guntiñas, A; Armijo, O; Labarta, E; Usandizaga, R; Magdaleno, F; Cabrillo, E. Prog Obstet Ginecol. 2004;47:69-76. Vol47 núm 02. Rotura uterina y cesárea anterior. Revisión y casuística durante el período de 1999 a 2002 en el Hospital Universitario La Paz. En: <http://www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151/rotura-uterina-cesarea-anterior-revision-casuistica-durante-13059000-articulos-originales-2004?bd=1>

ANEXOS

Gráfico No. 1. Edad de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

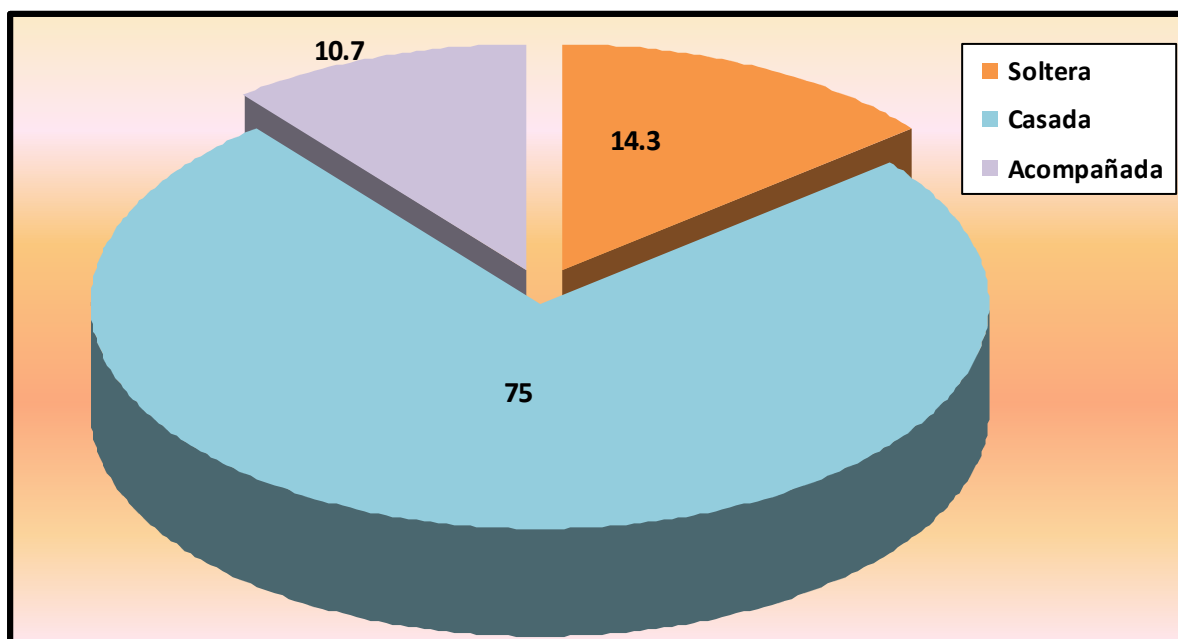
n= 28



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico No. 2. Estado civil de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

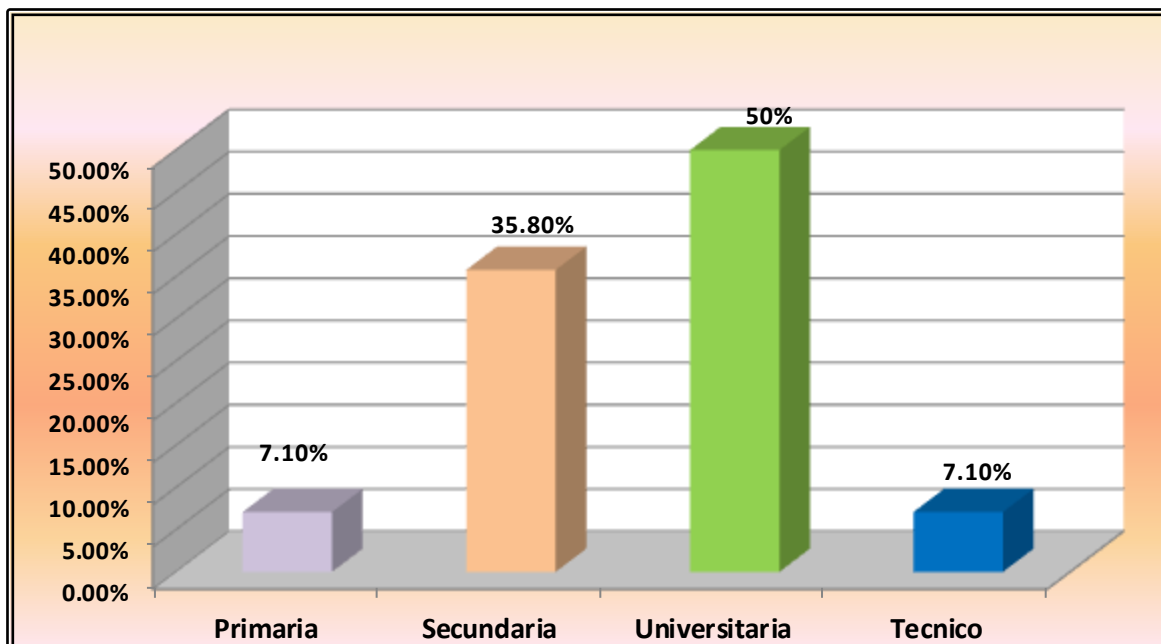
n=28



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico No. 3. Escolaridad civil de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

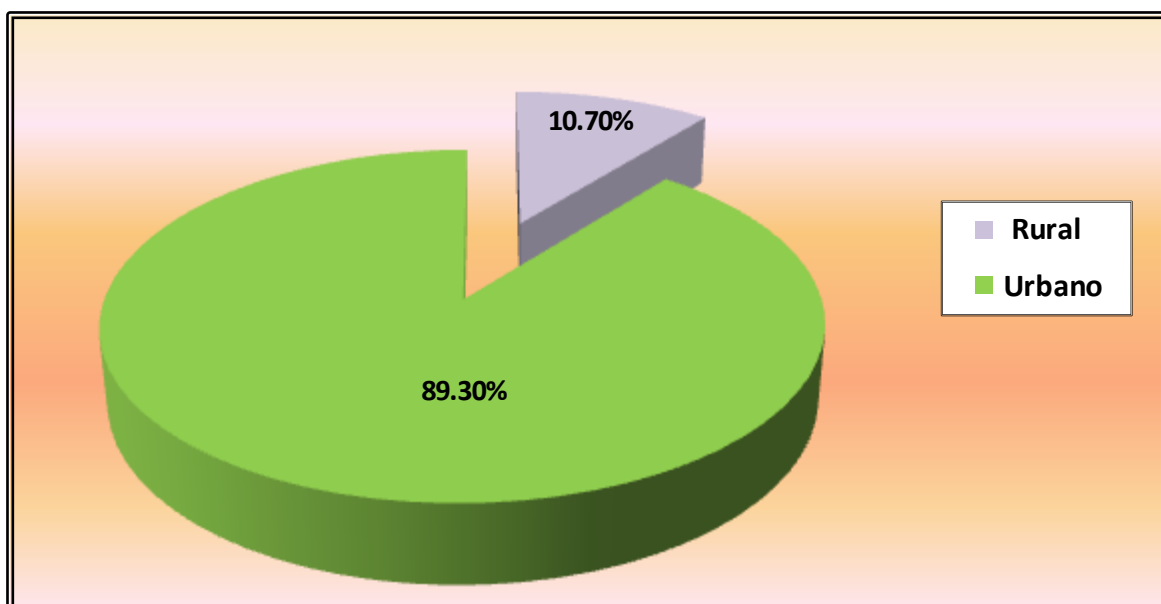
n=28



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico No. 4. Procedencia de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

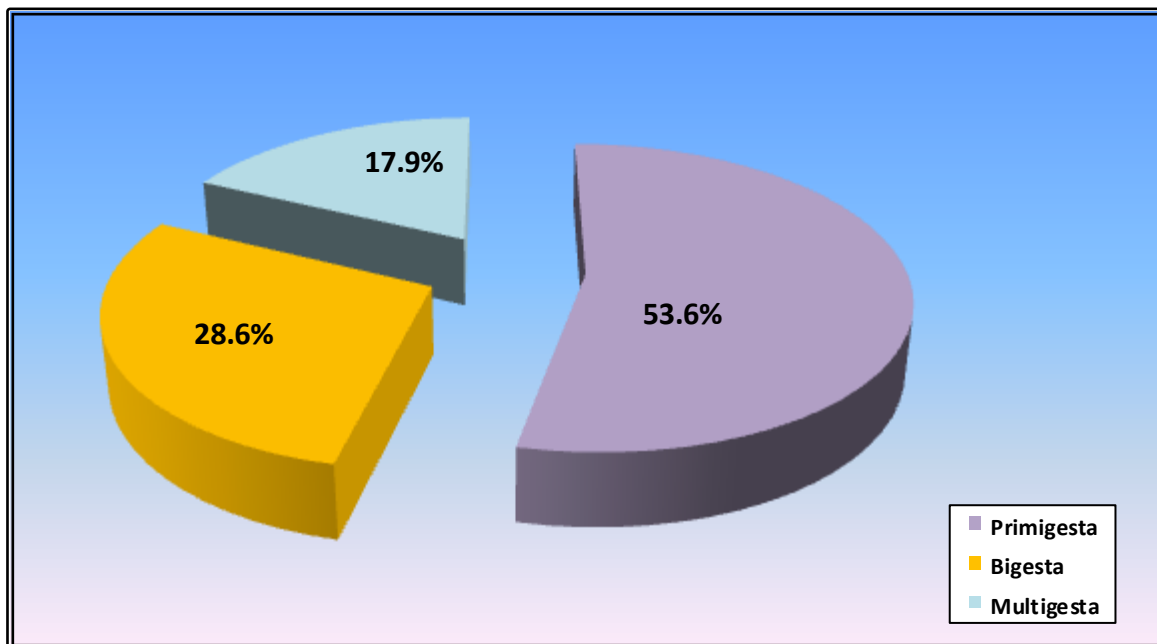
n=28



Ficha de recolección de datos.

Gráfico No. 5. Gestación de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstericia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

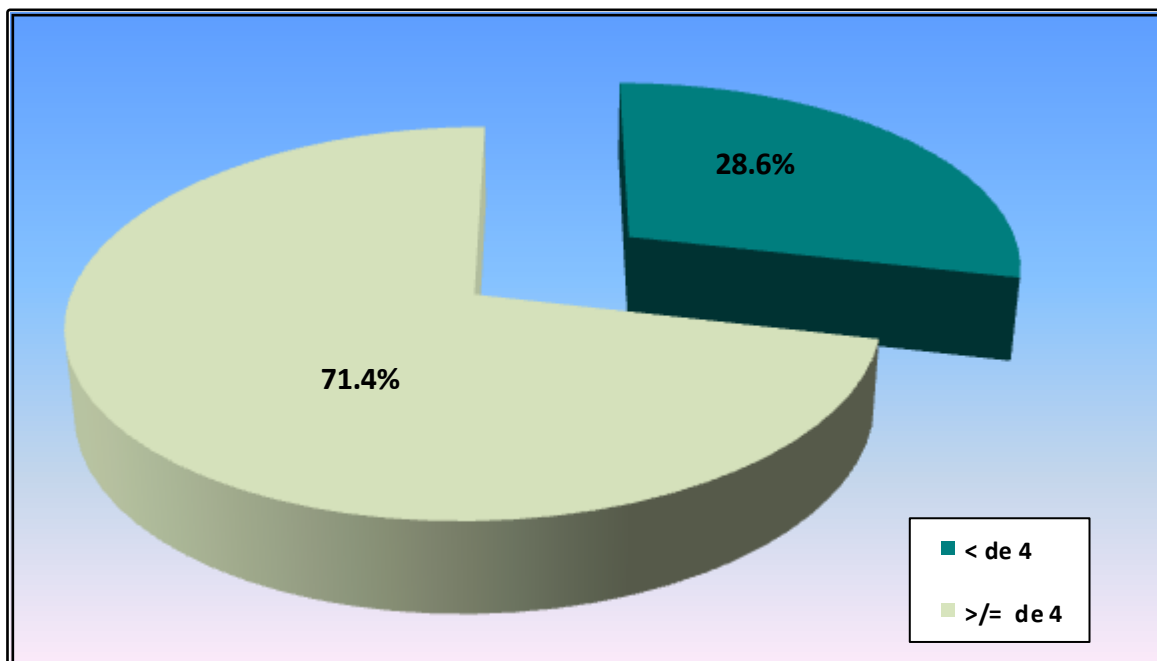
n=28



Ficha de recolección de datos.

Gráfico No. 6. Controles prenatales de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstericia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

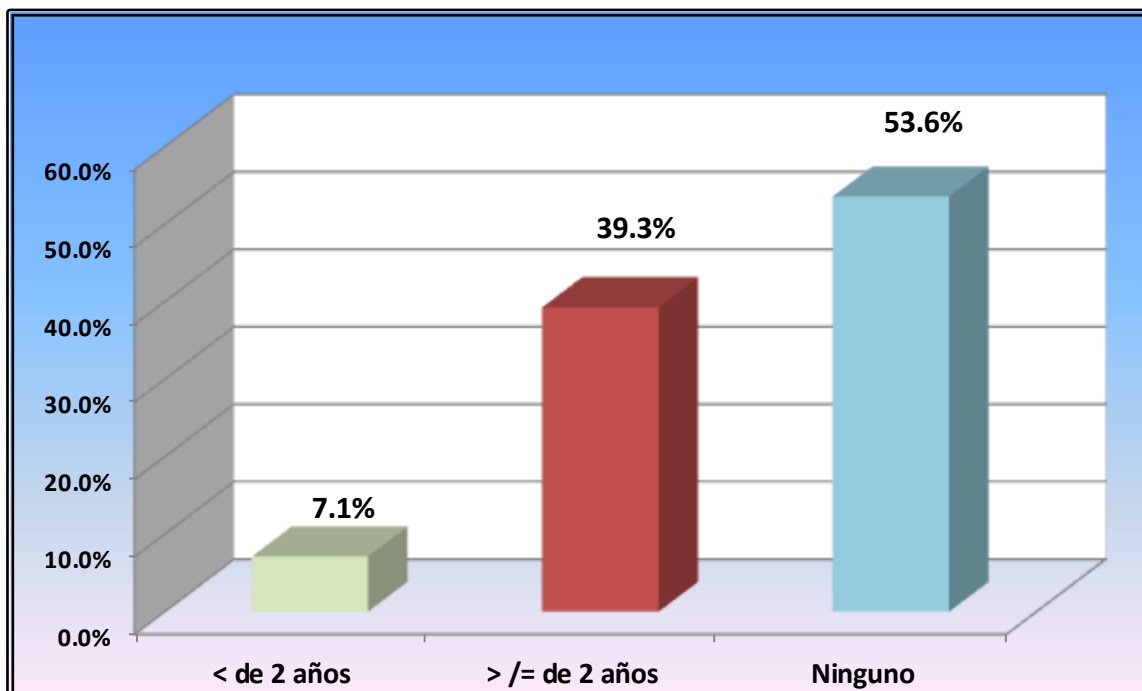
n=28



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico No. 7. Período intergenésico de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

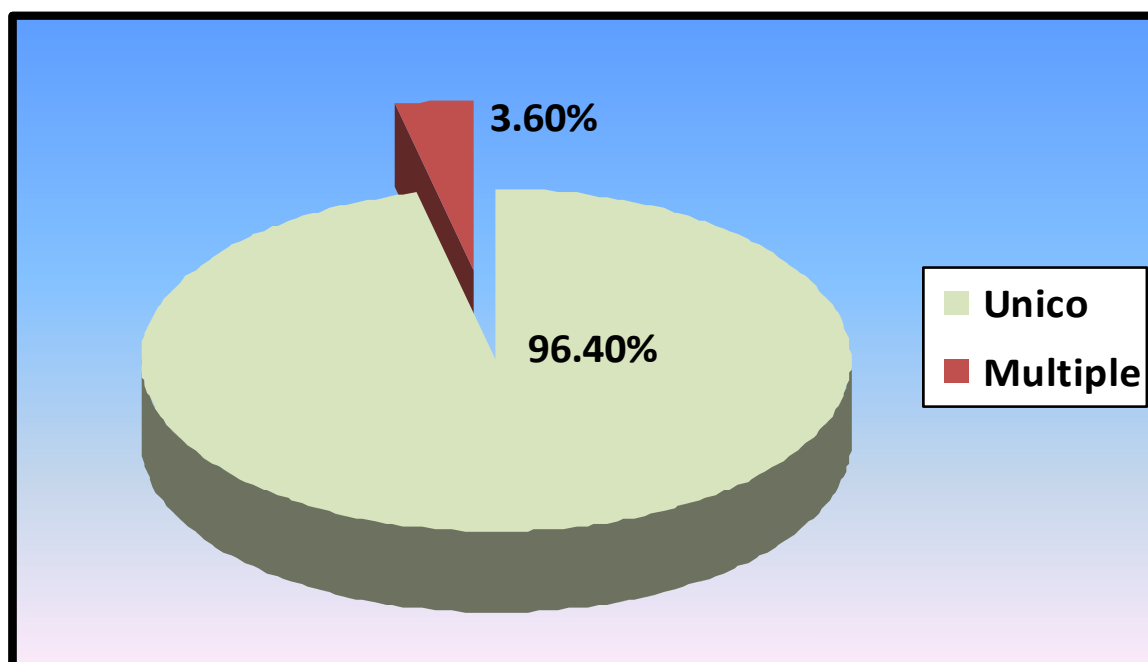
n=28



Fuente: Ficha de recolección de datos.

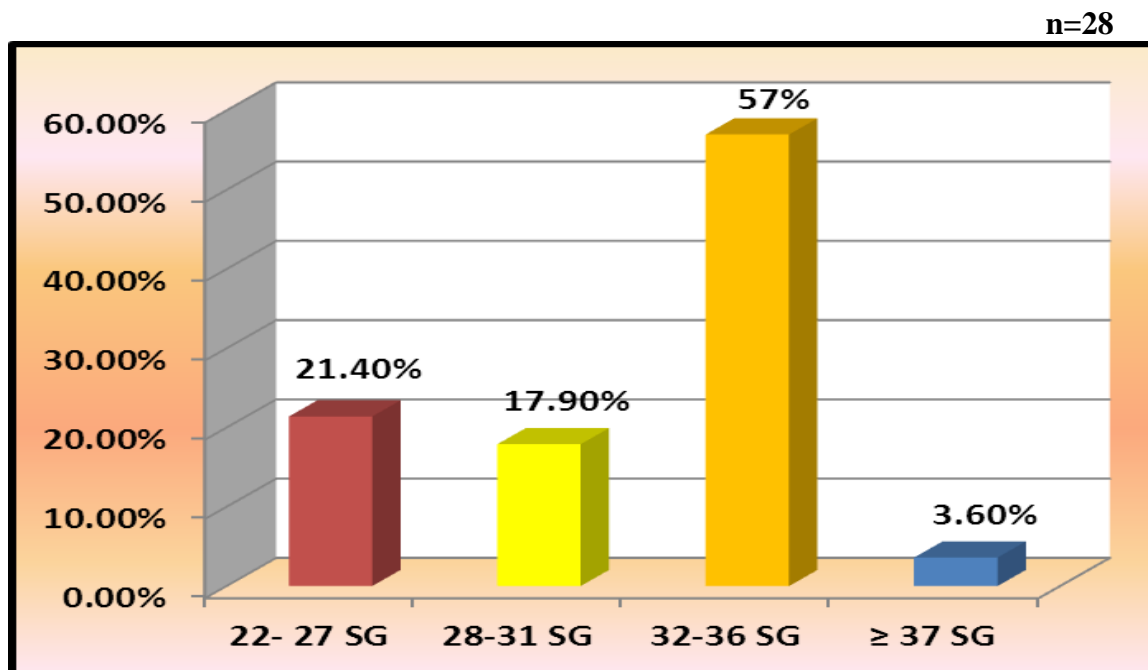
Gráfico No. 8. Tipo de embarazo de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28



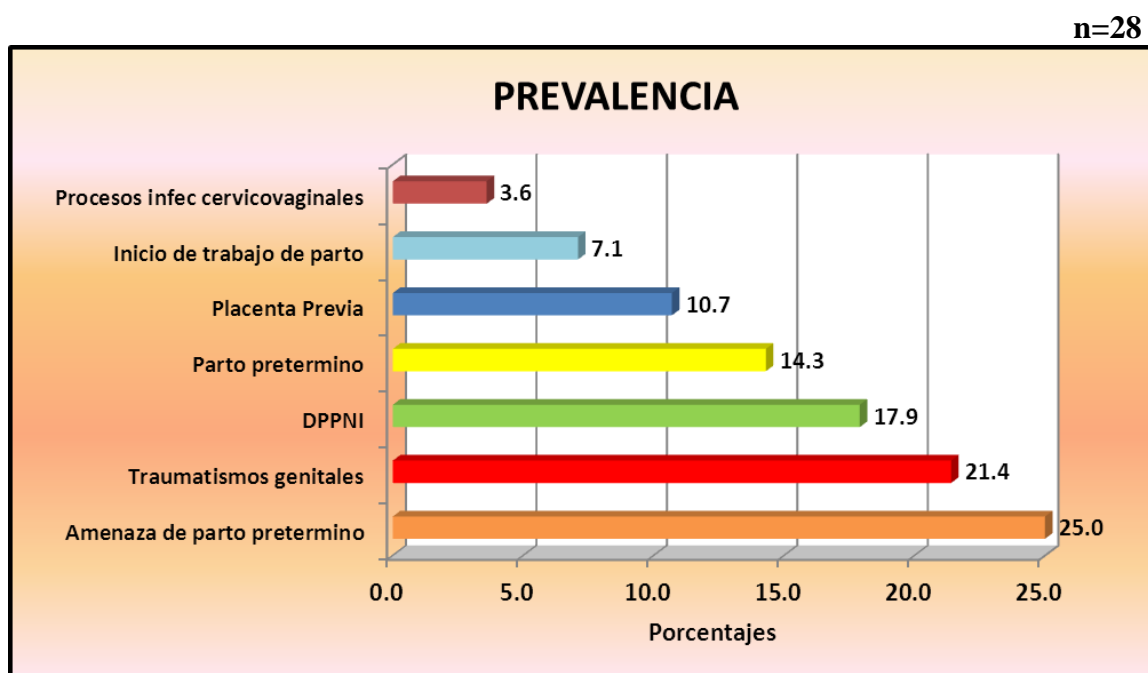
Fuente: Ficha de recolección de datos.

Gráfico No. 9 Edad gestacional de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstericia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico No. 10. Prevalencia de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstericia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.



Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No.1. Antecedentes patológicos y No patológicos de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

		n=28	
FACTORES DE RIESGO	ESCALA / VALOR	FRECUENCIA	
		No.	%
Diabetes	SI	2	7.1%
	NO	26	92.9%
RPM	SI	4	14.3%
	NO	24	85.7%
Oligoamnios	SI	6	21.4%
	NO	22	78.6%
SHG	SI	4	14.3%
	NO	24	85.7%
Edad materna avanzada	SI	4	15.3%
	NO	24	85.7%
Trauma indirecto	SI	2	7.1%
	NO	26	92.9%
Fibromas retroplacentarios	SI	1	3.6%
	NO	27	96.4%
Cirugia uterina	SI	6	21.4%
	NO	22	78.6%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 2. Complicaciones obstétricas de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

Complicaciones Obstetricas	Valor	Frecuencia	
		No.	%
CID	Si	1	3.6%
	No	27	96.4%
Shock Hipovolemico	Si	1	3.6%
	No	27	96.4%
Anemia	Si	6	21.4%
	No	22	78.6%
IRA	Si	0	0%
	No	28	100%
Histerectomia Post- evento	Si	0	0%
	No	28	100%
Utero de Couvelaire	Si	1	3.6%
	No	27	96.4%
Sd. Sheehan	Si	0	0%
	No	28	100%
Muerte Materna	Si	0	0%
	No	28	100%
Sd. Hellp	Si	1	3.6%
	No	27	96.4%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 3. Complicaciones fetales obstétricas de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

Complicaciones Fetales	Valor	Frecuencia	
		No.	%
Prematurez	Si	3	10.7%
	No	25	89.3%
Sufrimiento fetal Agudo	Si	3	10.7%
	No	25	89.3%
Muerte Neonatal	Si	1	3.6%
	No	27	96.4%
CIUR	Si	3	10.7%
	No	25	89.3%
Obito	Si	7	25.0%
	No	21	75.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 4. Factores de Riesgo /Clasificación de las Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

FACTORES DE RIESGO	CLASIFICACION HEMORRAGIA II MITAD DEL EMBARAZO											
	PLACENTA PREVIA		DPPNI		INICIO DE TRABAJO DE PARTO		PARTO PRETERMINO		TRAUMATISMO GENITALES		APP	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
DIABETES	0	0.0	1	3.6	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
RPM	0	0.0	1	3.6	0	0.0	1	3.6	1	3.6	1	3.6
OLIGOAMNIOS	0	0.0	1	3.6	1	3.6	2	7.1	1	3.6	1	3.6
SHG	0	0.0	3	10.7	0	0.0	1	3.6	0	0.0	0	0.0
EDAD MATERNA AVANZADA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	7.1	2	7.1
TRAUMA INDIRECTO	1	3.6	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
FIBROMAS RETROPLACENTARIOS	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
CIRUGIA UTERINA	1	3.6	1	3.6	1	3.6	0	0.0	3	10.7	0	0.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 5. Complicaciones obstétricas / Clasificación de las Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo de las pacientes hospitalizadas con hemorragias en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	CLASIFICACION HEMORRAGIA II MITAD DEL EMBARAZO											
	PLACENTA PREVIA		DPPNI		INICIO DE TRABAJO DE PARTO		PARTO PRETERMINO		TRAUMATISMO GENITALES		APP	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
CID	0	0.0	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
SHOCK HIPOVOLEMICO	0	0.0	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ANEMIA	1	3.6	3	10.7	1	3.6	1	3.6	0	0.0	1	3.6
UTERO DE COUVELAIRE	0	0.0	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.6
SINDROME DE HELLP	0	0.0	1	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 6. Complicaciones fetales / Clasificación de las Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

COMPLICACIONES FETALES	CLASIFICACION HEMORRAGIA II MITAD DEL EMBARAZO													
	PLACENTA PREVIA		DPPNI		INICIO DE TRABAJO DE PARTO		PARTO PRETERMINO		TRAUMATISMO GENITALES		APP		PROCESOS INFECCIOSOS CERVICOVAGINALES	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
PREMATUREZ	1	3.57	0	0.00	0	0.00	2	7.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	0	0.00	2	7.14	1	3.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
MUERTE NEONATAL	0	0.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00		0.00	0	0.00	0	0.00
CIUR	0	0.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00	1	3.57	1	3.57	0	0.00
OBITO	0	0.00	2	7.14	1	3.57	2	7.14	1	3.57	0	0.00	1	3.57

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 7. Gestación / Clasificación de las Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

GESTACION	CLASIFICACION HEMORRAGIA II MITAD DEL EMBARAZO													
	PLACENTA PREVIA		DPPNI		INICIO DE TRABAJO DE PARTO		PARTO PRETERMINO		TRAUMATISMO GENITALES		APP		PROCESOS INFECCIOSOS CERVICOVAGINALES	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
PRIMIGESTA	1	3.57	4	14.29	1	3.57	4	14.29	2	7.14	3	10.71	0	0.00
BIGESTA	1	3.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	7.14	4	14.29	1	3.57
MULTIGESTA	1	3.57	1	3.57	1	3.57	0	0.00	2	7.14	0	0.00	0	0.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 8 Período intergenésico / Clasificación de las Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

PERIODO INTERGENESICO	CLASIFICACION HEMORRAGIA II MITAD DEL EMBARAZO													
	PLACENTA PREVIA		DPPNI		INICIO DE TRABAJO DE		PARTO PRETERMINO		TRAUMATISMO GENITALES		APP		PROCESOS INFECCIOSOS	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
< 2 AÑOS	0	0.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.57
>= 2 AÑOS	2	7.14	0	0.00	1	3.57	0	0.00	4	14.29	4	14.29	0	0.00
NINGUNA	1	3.57	4	14.29	1	3.57	4	14.29	2	7.14	3	10.71	0	0.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 9. Tipo de embarazo / Clasificación de las Hemorragias de la Segunda Mitad del Embarazo de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

TIPO DE EMBARAZO	CLASIFICACION HEMORRAGIA II MITAD DEL EMBARAZO													
	PLACENTA PREVIA		DPPNI		INICIO DE TRABAJO DE PARTO		PARTO PRETERMINO		TRAUMATISMO GENITALES		APP		PROCESOS INFECCIOSOS CERVICOVAGINALES	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
UNICO	3	10.71	5	17.86	2	7.14	4	14.29	5	17.86	7	25.00	1	3.57
MULTIPLE	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 10. Factores de Riesgo / Complicaciones obstétricas de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011 – Julio 2012.

n=28

FACTORES DE RIESGO	COMPLICACIONES OBSTETRICAS									
	CID		SHOCK HIPOVOLEMICO		ANEMIA		UTERO DE COUVELAIRE		SINDROME DE HELLP	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
DIABETES	0	0.00	0	0.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00
RPM	1	3.57	1	3.57	1	3.57	0	0.00	0	0.00
OLIGOAMNIOS	0	0.00	0	0.00	3	10.71	0	0.00	0	0.00
SHG	0	0.00	0	0.00	2	7.14	1	3.57	1	3.57
TRAUMA INDIRECTO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.57	0	0.00
FIBROMAS										
RETROPLACENTARIOS	0	0.00	0	0.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 11. Factores de Riesgo / Complicaciones fetales de las pacientes hospitalizadas con hemorragias de la segunda mitad del embarazo en el servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Bautista. Enero 2011– Julio 2012.

n=28

ANTECEDENTES PATOLOGICAS	COMPLICACIONES FETALES									
	PREMATUREZ		SUFRIMIENTO FETAL AGUDO		MUERTE NEONATAL		CIUR		OBITO	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
DIABETES	0	0.00	2	7.14	0	0.00	1	3.57	0	0.00
RPM	0	0.00	1	3.57	0	0.00	0	0.00	2	7.14
OLIGOAMNIOS	0	0.00	1	3.57	0	0.00	2	7.14	3	10.71
SHG	0	0.00	0	0.00	1	3.57	0	0.00	2	7.14
TRAUMA INDIRECTO	1	3.57	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.57
CIRUGIA UTERINA	1	3.57	1	3.57	0	0.00	2	7.14	2	7.14

Fuente: Ficha de recolección de datos